Buenos Aires
LA PROVINCIA
CÓDIGO Nº 50040

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL.

Provincia ART
Administradora del Autoaseguro GPBA

☐ ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐ ACCIDENTE DE TRABAJO ☐ ACCIDENTE IN ITINERE FECHA SINIESTRO: ...../...../.....

☐ EN EL TRABAJO ☐ EN OTRO CENTRO O LUGAR DE TRABAJO ☐ AL IR O VOLVER DEL TRABAJO ☐ DESPLAZAMIENTO EN EL DÍA LABORAL ☐ OTRO

☐ REAGRAVAMIENTO CASO ANTERIOR ☐ FECHA DE REAGRAVAMIENTO: ...../...../..... ☐ SINIESTRO MULTIPLE RESERVADO DEN

DATOS DEL ORGANISMO

DEPENDENCIA: ..... C.U.I.T.: ..... CONTRATO Nº: AUTOASEGURO C.I.I.U.: .....

CALLE: ..... Nº: ..... PISO: ..... OFICINA: .....

CÓDIGO POSTAL: ..... LOCALIDAD: ..... PROVINCIA: .....

TELÉFONO: ..... FAX: ..... MAIL: .....

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE O DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL: .....

.....CÓDIGO DEL ESTABLECIMIENTO: ..... C.I.I.U.: .....

EMPRESA SUBCONTRATADA: SI [ ] NO [ ] C.U.I.T. OCURRENCIA O DETECCIÓN: .....

CALLE: ..... Nº: ..... LOCALIDAD: .....

PROVINCIA DE OCURRENCIA O DETECCIÓN: ..... CÓDIGO POSTAL: .....

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y APELLIDO: .....[C.U.I.L.] [D.N.I.] [L.C.] [L.E.] [C.I.] [PASAPORTE] Nº: .....

C.U.I.L.: ..... FECHA DE NACIMIENTO: ...../...../..... SEXO: [MASCULINO] [FEMENINO] NACIONALIDAD: .....

ESTADO CIVIL: [SOLTERO] [CASADO] [VIUDO] [DIVORCIADO] [SEPARADO] [UNIÓN DE HECHO] CALLE: .....

Nº: ..... PISO: ..... DTO: ..... CÓDIGO POSTAL: ..... LOCALIDAD: .....

PROVINCIA: ..... TELÉFONO: ..... FECHA DE INGRESO AL ORGANISMO: ...../...../.....

REMUNERACIÓN A LA FECHA DEL ACCIDENTE: SUELDO: $..... / JORNAL: $.....TURNO DE TRABAJO HABITUAL: [FIJO DIURNO] [FIJO NOCTURNO] [ROTATIVO]

JORNADA HABITUAL DE: .....HS. HASTA: .....HS. MANO HÁBIL: [IZQUIERDA] [DERECHA] SITUACIÓN CONTRACTUAL: .....

.....HS. .....HS.

FECHA DE ÚLTIMO EXAMEN PERIÓDICO: ...../...../..... OBRA SOCIAL: ..... [REPARTO] [CAPITALIZACIÓN] A.F.J.P.: .....

PUESTO DE TRABAJO EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL: .....C.I.U.O.: .....

ANTIGUEDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO: ..... PUESTO DE TRABAJO ANTERIOR (C.I.U.O.): .....ANTIGÜEDAD: .....

OTRO EMPLEADOR AL MOMENTO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD PROFESIONAL [ ] RAZÓN SOCIAL: .....

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

ACCIDENTE DE TRABAJO

HORA DEL ACCIDENTE: .....HS. HORARIO DE LA JORNADA EL DÍA DEL ACCIDENTE: DE.....HS. HASTA: .....HS. FECHA DE INICIO DE INASISTENCIA LABORAL: ...../...../.....

DOMICILIO DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE: [ESTABLECIMIENTO PROPIO] [OTRO LUGAR] CALLE: .....Nº: .....

CÓDIGO POSTAL: ..... LOCALIDAD: ..... PROVINCIA: .....

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE Y SUS CONSECUENCIAS: .....

.....

.....

.....

CÓDIGOS DE LESIÓN *(VER TABLAS)* - ACCIDENTE DE TRÁNSITO: SI [ ] NO [ ] GRAVEDAD PRESUNTA: [LEVE] [GRAVE] [MORTAL]

AGENTE MATERIAL ASOCIADO: ☐☐☐☐☐ DIAGNÓSTICO: 1 ☐☐☐☐ 2 ☐☐☐☐ 3 ☐☐☐☐

FORMA DEL ACCIDENTE: ☐☐☐ NATURALEZA DE LA LESIÓN: 1 ☐☐ 2 ☐☐ 3 ☐☐

ZONA DE CUERPO AFECTADA: 1 ☐☐☐ 2 ☐☐☐ 3 ☐☐☐

ENFERMEDAD PROFESIONAL

AGENTE CAUSANTE (AG) *(VER TABLAS)*	DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL	AGENTE MATERIAL ASOCIADO (VER TABLA)	ZONA DEL CUERPO AFECTADA (VER TABLA)	TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL AGENTE	FECHA DE DIANÓSTICO	FECHA DE INICIO DE LA INASISTENCIA LAB.	FORMA DE DIAGNÓSTICO*
AC 1	DIAGNÓSTICO 1						
	DIAGNÓSTICO 2						
	DIAGNÓSTICO 3						
AC 2	DIAGNÓSTICO 1						
	DIAGNÓSTICO 2						
	DIAGNÓSTICO 3						
AC 3	DIAGNÓSTICO 1						
	DIAGNÓSTICO 2						
	DIAGNÓSTICO 3						

* LA ENFERMEDAD SE DETECTÓ EN (CÓDIGOS DE FORMA DE DIAGNÓSTICO)

EXÁMEN PREOCUPACIONAL	P	AUSENCIA PROLONGADA	A	SANATORIO PRIVADO	N	PERITAJE JUDICIAL	J
EXÁMEN PERIÓDICO	R	TRANS. DE PUESTO DE TRABAJO	T	HOSPITAL PÚBLICO	H	COMISIÓN MÉDICA	S
EXÁMEN DE EGRESO	E	OBRA SOCIAL	O	CONSULTA EN ÁMB. PÚB. NO HOSPIT.	M	PRESTACIÓN A.R.T.	B

CENTRO ASISTENCIAL: ..... DOMICILIO: ..... CÓDIGO POSTAL: .....

LOCALIDAD: ..... TELÉFONO: ..... ACCIDENTE IN ITINERE: .....

DENUNCIA POLICIAL Nº (ADJUNTAR COPIA): ..... COMISARÍA: .....

LUGAR | FECHA DE CONFECCIÓN DE FORMULARIO | FIRMA, ACLARACIÓN Y D.N.I. DEL DENUNCIANTE

LAS TABLAS MENCIONADAS SERÁN PROVISTAS POR EL EMPLEADOR AUTOASEGURADO