

Importante: Anticipar esta información telefónicamente al **0800-777-6785** y remitir el presente formulario dentro de las 48 horas a nuestras Oficinas

ACCIDENTE de TRABAJO	
En otro Centro o Lugar de Trabajo	
Intercurrencia	

ACCIDENTE IN ITINERE (al Ir o Volver del Trabajo)	
---	--

ENFERMEDAD PROFESIONAL	
-------------------------------	--

REINGRESO Si ___ No ___ Fecha ___/___/___

N° Siniestro anterior _____

Datos del Empleador

Razón Social _____ CUIT N° _____ Contrato N° _____ CIU _____
 Domicilio _____ Localidad _____ C.Postal _____ Provincia _____
 Nombre del Establecimiento de ocurrencia del Accidente o detección de Enf. Profesional _____
 CUIT de ocurrencia del Accidente o detección de Enf. Profesional N° _____ Código del Establecimiento _____ CIU _____
 Domicilio _____ Teléfono (_____) _____
 Localidad _____ C.Postal _____ Provincia _____ Empresa Subcontratada Si ___ No ___

Datos del Trabajador

Apellido y Nombre _____ DNI N° _____
 CUIL N° _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___ Sexo F ___ M ___ Estado Civil _____
 Domicilio _____
 Teléfono (_____) _____ Localidad _____ C.Postal _____ Provincia _____ Nacionalidad _____
 Mano Hábil _____ Fecha Ingreso a la Empresa ___/___/___ Remuneración a la Fecha del Accidente \$ _____ Jornal \$ _____
 Turno de Trabajo Habitual: Diurno ___ Nocturno ___ Rotativo ___ Jornada Habitual de _____ a _____ y de _____ a _____ horas
 Fecha de Último Exámen Periódico ___/___/___ O. Social _____ Situación Contractual _____
 Antigüedad al momento del Diagnóstico _____ Puesto de trabajo anterior (C.I.U.O.) _____
 Puesto de Trabajo en el momento del Accidente o detección de Enfermedad Profesional _____ C.I.U.O. _____
 Otro Empleador al momento del Accidente o Enf. Profesional Si ___ No ___ Razón Social _____

Información sobre el Accidente de Trabajo

Accidente de Trabajo Resol. 3320/2014 - Tablas III, IV, V, VI

Fecha de Accidente ___/___/___ Hora _____ Horario de Jornada del día del Accidente de _____ a _____ Inicio Inasistencia Laboral ___/___/___
 Domicilio de ocurrencia del Accidente _____
 Establecimiento Propio ___ Otro Lugar _____ Cód Postal _____ Localidad _____ Provincia _____
 Descripción del Accidente y sus Consecuencias _____

Código de Lesión (según Tabla R.E.N.A.L.*): _____ Accidente de Tránsito _____ Gravedad presunta Leve ___ Grave ___ Mortal ___

Agente material asociado		Diagnóstico	
		Naturaleza de Lesión	
Forma del Accidente		Zona Cuerpo Afectada	

Centro Médico de Primera Atención _____

Domicilio _____ Teléfono (_____) _____ Localidad _____

Accidente In Itinere _____ Denuncia Policial N° _____ (adjuntar) Comisaría _____

Prestador al que fue derivado el damnificado por PopulArt _____

Lugar y Fecha

Firma Autorizada y Aclaración

Importante: Este Formulario deberá ser completado únicamente ante casos de Enfermedades Profesionales y reemplazará el llenado del apartado "Datos del Accidente de Trabajo" del Formulario de Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional

Datos de la Enfermedad Profesional

Fecha 1era. Manifestación Invalidante
 _____ / _____ / _____

Descripción General de la Enfermedad

Características de la Enfermedad y Diagnóstico _____

Agente causante de Enfermedad	Código	Tiempo de Exposición al Agente causante	Cant. Meses	Fecha de Ultimo Examen Periódico	Día / Mes / Año
Codigo Ocupación Trab. anterior	Código	Antigüedad en el Puesto Anterior	Cant. de Meses	Situación Contractual del Trabajador	

Descripción 1er Diagnóstico

1er Diagnóstico	Código CIE 10	Fecha 1er	Día / Mes / Año	Zona del Cuerpo	Código	Agente Material	Código
Origen Enfermedad		Diagnóstico		Afectada		Asociado	

Origen de la Enfermedad Prof. Ex. Preocupacional ___ Ex. Periódico ___ Cambio de Puesto ___ Ausencia Prolongada ___ Ex. Egreso ___
 Hospital Público ___ Sanatorio Privado ___ Obra Social ___ Prestador ART ___ Peritaje Judicial ___

Descripción 2do Diagnóstico

2do Diagnóstico	Código CIE 10	Fecha 2do	Día / Mes / Año	Zona del Cuerpo	Código	Agente Material	Código
Origen Enfermedad		Diagnóstico		Afectada		Asociado	

Origen de la Enfermedad Prof. Ex. Preocupacional ___ Ex. Periódico ___ Cambio de Puesto ___ Ausencia Prolongada ___ Ex. Egreso ___
 Hospital Público ___ Sanatorio Privado ___ Obra Social ___ Prestador ART ___ Peritaje Judicial ___

Descripción 3er Diagnóstico

3er Diagnóstico	Código CIE 10	Fecha 3er	Día / Mes / Año	Zona del Cuerpo	Código	Agente Material	Código
Origen Enfermedad		Diagnóstico		Afectada		Asociado	

Origen de la Enfermedad Prof. Ex. Preocupacional ___ Ex. Periódico ___ Cambio de Puesto ___ Ausencia Prolongada ___ Ex. Egreso ___
 Hospital Público ___ Sanatorio Privado ___ Obra Social ___ Prestador ART ___ Peritaje Judicial ___

En caso de haber más de un agente causante que responda a los diagnósticos enunciados precedentemente, por favor completar el siguiente apartado:

Agente causante de Enfermedad	Código	Tiempo de Expos. al agente causante	Cant. Meses
Agente causante de Enfermedad	Código	Tiempo de Expos. al agente causante	Cant. Meses
Agente causante de Enfermedad	Código	Tiempo de Expos. al agente causante	Cant. Meses

Observaciones _____

Lugar y Fecha _____ Firma Autorizada y Aclaración _____

Coordinación de Emergencia Médica
0800 777 6785

* Las Tablas mencionadas están disponible en www.cajapopular.gov.ar/art