

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 Ultimo 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. 3326/2014 - 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	
Forma del Accidente	Naturaleza de Lesión	
	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
Código Ocupación	Código	Antigüedad en el	Cant. de Meses	Situación Contractual del Trabajador		
Trab. anterior		Puesto Anterior				

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	Ex. Preocupacional ____ Ex. Periódico ____ Cambio de Puesto ____ Ausencia Prolongada ____ Ex. Egreso ____
Enfermedad Prof.	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	Ex. Preocupacional ____ Ex. Periódico ____ Cambio de Puesto ____ Ausencia Prolongada ____ Ex. Egreso ____
Enfermedad Prof.	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	Ex. Preocupacional ____ Ex. Periódico ____ Cambio de Puesto ____ Ausencia Prolongada ____ Ex. Egreso ____
Enfermedad Prof.	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