





| | | |
|--|--|----------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL


HOSPITAL DE LINARES

| Elaborado por: | Revisado por: | Aprobado por: |
|---|--|---|
| Nombre: Ing. Barbara Maureira Balboa Cargo: Jefe Unidad SO Unidad o Sección: Unidad Salud Ocupacional | Nombre: Dra. Gleisa Álamos de Zepa Ing. Pablo Pérez Polanco Cargo: Médico del Personal Subdirector (S) Gestión de las Personas Unidad o Sección: Subdirección Gestión de las Personas | Nombre: Sr. Nolasco Pérez Pérez Cargo: Director Hospital de Linares Unidad o Sección: Dirección |
| Firma: <i>Barbara Maureira B.</i>  | Firma: <i>Gleisa Álamos de Zepa</i>  | Firma: <i>Nolasco Pérez Pérez</i>  |
| Fecha: 20 NOV 2023 | Fecha: 22 NOV 2023 | Fecha: 24 NOV 2023 |

| | | |
|---|--|----------------------------------|
|   | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

INDICE

| | |
|-----------------|---------|
| 1. Introducción | Pág. 3 |
| 2. Objetivo | Pág. 3 |
| 3. Alcance | Pág. 3 |
| 4. Responsables | Pág. 4 |
| 5. Definiciones | Pág. 4 |
| 6. Desarrollo | Pág. 6 |
| 7. Anexos | Pág. 12 |

| | | |
|--|--|----------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

1. INTRODUCCIÓN:

El Hospital de Linares ha desarrollado diferentes programas de trabajo, que pretenden promover al interior de la organización una cultura preventiva, basada aplicación de estrategias orientadas a fortalecer la calidad de vida Laboral de los/as funcionarias /os en donde se instalan distintas acciones en el ámbito de Prevención de Riesgos.

La prevención de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales requiere por parte de la institución mantener y desarrollar, en forma sistemática y planificada, programas de trabajo que permitan ir desarrollando acciones de educación, diagnóstico y tratamiento oportuno de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, disminuyendo los factores y condiciones que ponen en riesgo la salud y seguridad del trabajo.


De igual manera es importante contar con un procedimiento para dar atención oportuna de accidentes laborales sufridos, así como también lineamientos claros para orientar ante una sospecha de enfermedad profesional.

2. OBJETIVO:

El presente procedimiento tiene como finalidad entregar de forma clara y precisa las acciones que permitan entregar una atención de salud oportuna y expedita a las (os) funcionarias (os) en el caso de enfrentar una situación de accidente de trabajo, trayecto y/o sospecha de enfermedad Laboral.

3. ALCANCE:

Este Procedimiento va dirigido a todos (as) las (os) Titulares y contratadas, además de aquellos honorarios que realicen el pago del seguro y que desarrollan sus funciones en Hospital de Linares.

| | | |
|--|--|----------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

4. RESPONSABLES:

EJECUCIÓN: Todas las personas que realizan labores al interior del Hospital independiente de su condición contractual, Directivos, Supervisoras C.R, Jefes de Unidades, Comité Paritario de Higiene Seguridad, Unidad de Prevención de Riesgos, Unidad Salud Ocupacional.

MONITOREO: Unidad Salud Ocupacional.

5. DEFINICIONES:

TRABAJADOR/A PROTEGIDO POR EL SEGURO: Es todo/a funcionario/a/a de planta, contrata. Además de aquellos/as funcionario/as/as honorarios o compra de servicio que efectúen el pago obligatorio del seguro de accidentes y enfermedades de la Ley N°16.744.


ACCIDENTE DEL TRABAJO: Toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión de la ejecución directa del trabajo.

ACCIDENTE DE TRAYECTO: Los ocurridos en el trayecto directo entre la habitación y el lugar de trabajo o viceversa. Constituyen también accidentes de trayecto los que ocurren en el desplazamiento directo entre dos lugares de trabajo de distintos empleadores

ACCIDENTE POR COMETIDO GREMIAL: Se considerarán también como accidentes del trabajo los sufridos por los/as dirigentes sindicales a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales. También a funcionarios que participen en actividades folclóricas, deportivas o de capacitación.

EXCEPCIONES: Se exceptúan los accidentes debidos a fuerza mayor extraña que no tengan relación alguna con el trabajo y los provocados intencionalmente por la víctima.

ENFERMEDAD PROFESIONAL: Es la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión u oficio que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte.

| | | |
|--|--|----------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

ACCIDENTE FATAL: Es accidente del trabajo fatal aquel que provoca la muerte del/la trabajadora en forma inmediata o durante su traslado a un centro asistencial inclusive si el trabajador/a fallece en el centro de atención médica (hasta 24 horas de ocurrido el accidente).

ACCIDENTE GRAVE: Es aquel accidente que genera una lesión a causa o con ocasión del trabajo, que de forma inmediata provoca la amputación o pérdida de cualquier parte del cuerpo, que obligue a realizar maniobras de reanimación, de rescate y caídas a más de 1,8 metros de altura. (CIRCULAR 3335, del 31 de octubre 2017).

FAENAS AFECTADAS: Aquella área o puesto de trabajo en que ocurrió el accidente grave o fatal, pudiendo incluso abarcar la faena en su conjunto, dependiendo de las características y origen del siniestro, y en la cual, de no adoptar la empresa medidas correctivas inmediatas, se pone en riesgo la seguridad de otros trabajadores.

ORGANISMO ADMINISTRADOR: Es la institución que administra el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, otorgando prestaciones médicas, económicas y preventivas. Instituto de Seguridad Laboral.

INCIDENTE: Suceso ocurrido en el trabajo o en relación con el trabajo, en el que la persona afectada no sufre lesiones corporales, o en el que éstas sólo requieren cuidados de primeros auxilios.

FUPM: Formulario único de solicitud prestaciones medicas


DIAT: Denuncia Individual de accidente del trabajo

DIEP: Denuncia Individual de Enfermedad Profesional

COMPIN: Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez

COMERE: Comisión Médica de Reclamos

SUSESO: Superintendencia de Seguridad Social.

| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>Ministerio de Salud Gobierno de Chile HOSPITAL DE LINARES</p> | <p>PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL</p> <p>HOSPITAL DE LINARES</p> | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

6 DESARROLLO:

ORGANISMO ADMINISTRADOR DE LA LEY N° 16.744

El Organismo Administrador del Servicio de Salud del Maule es el Instituto de Seguridad Laboral ISL, el cual cuenta con convenios de atención médica con:

- a) La Asociación Chilena de Seguridad ACHS.
- b) Mutual Seguridad de C.CH.C.
- c) Servicio de atención de Urgencia del Hospital de Linares.
- d) Clínica Lircay en Talca.


6.1 NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN CLINICA DE ACCIDENTES EN HORARIO LABORAL.

En caso de accidentes del trabajo deberá aplicarse el siguiente procedimiento:

1. Quien sufra un accidente laboral, deberá informar lo ocurrido verbal o telefónicamente, de forma inmediata a su jefe, supervisor o quien subrogue.
2. Como primera atención clínica el funcionario/a podrá dirigirse a cualquiera de los prestadores de salud en convenio con ISL, previa coordinación con la Unidad de Salud Ocupacional. (ver anexo N°1)
3. La jefatura (o quien designe) una vez tomado conocimiento de lo ocurrido debe completar el formulario DIAT y enviarlo al correo accidentes@hospitaldelinares.cl o directamente a la Unidad de Salud Ocupacional (Anexos 736545 - 737431)
4. La Unidad de Salud Ocupacional notificará del accidente a ISL a través de correo electrónico denuncia_isl@isl.gob.cl

6.2 NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN CLINICA DE ACCIDENTES CORTOPUNZANTES Y FLUIDOS CORPORALES. RH 4.2

1. Quien sufra un accidente corto punzante, deberá informar lo ocurrido de forma inmediata a su jefe, supervisor o quien subrogue, seguir la indicaciones según Manual post Exposición accidente Laboral RH 4.2.


| | | |
|--|--|----------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

2. La jefatura o quien designe, habiendo tomado conocimiento de lo ocurrido, debe enviar al correo accidentes@hospitaldelinares.cl o directamente a la Unidad de Salud Ocupacional (Anexos 736545 - 737431) DIAT y DAU, Anexo N°1 de Manual Post Exposición Accidente Laboral.
3. La Unidad de Salud Ocupacional notificará a ISL a través de correo electrónico denuncia_isl@isl.gob.cl Y de forma paralela coordinará de requerir, la atención del funcionario/a con medico de personal según Protocolo Manual Post Exposición Accidente Laboral RH 4.2

6.3 NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN CLINICA DE ACCIDENTES DEL TRAYECTO


1. El funcionario/a accidentado deberá dirigirse de forma inmediata al centro de atención de salud más próximo al sitio del suceso (ver anexo N°1), indicando que es un accidente laboral de trayecto.
2. El funcionario/a deberá informar verbal o telefónicamente, en un plazo no mayor a 24 horas ocurrido el evento, al supervisor o quien subrogue. También puede hacer efectivo la información a algún compañero de trabajo o familiar.
3. Para realizar la notificación del accidente de trayecto a ISL el funcionario/a debe enviar a accidentes@hospitaldelinares.cl o directamente a la Unidad de Salud Ocupacional en un plazo NO superior a 48 horas de ocurrido el accidente, lo siguiente:
 - a) DIAT
 - b) Declaración simple del accidente.
 - c) Croquis – Mapa especificando lugar exacto del accidente.
 - d) Declaración simple de testigo, de existir.
 - e) Certificado programación horaria realizado el mes del accidente.
 - f) Documento de primera atención médica (DAU)
 - g) Formulario de advertencia firmado.

Nota: En aquellos casos donde el/la funcionario/a/a accidentado/a, que recibida el alta médica, y continúa con dolencias que pudiesen ser atribuibles al accidente, deberá dar aviso de inmediato a su Jefatura directa quien tomará contacto con la Unidad de Salud Ocupacional. Y esta última gestionará el reingreso con ISL para nueva evaluación a través del seguro de accidente.

| | | |
|--|--|----------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

6.4 NOTIFICACIÓN Y ATENCION CLINICA DE SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL.

1. Funcionario/a, debe informar a su Jefatura o quien subrogue de la dolencia y solicitar hora al médico del Personal o Particular.
2. En caso de atención del Medico Particular debe indicarle las dolencias y acercarse a la Unidad de Salud Ocupacional para orientación.
3. En caso de atención del Medico de Personal por sospecha enfermedad Transtorno Musculo Esquelético, de ser requerido solicitará la Evaluación de Puesto de Trabajo a la Unidad de Salud Ocupacional y la unidad tiene plazo 10 días hábiles para entregar dicho informe.
4. En caso de atención del Medico de Personal por sospecha Covid-19, de ser requerido solicitará la toma de examen PCR y emitirá licencia médica según su evaluación.
5. Ante las sospecha de enfermedad profesional de tipo de Salud mental el o la funcionaria podrá acercarse directamente a su Jefatura, Unidad de Salud Ocupacional, Médico del Personal, Medico particular o ISL.
6. EL funcionario/a debe asistir a los controles médicos, de ser citado en horario laboral debe presentar un *Cometido Funcional* sin viático, adosando fechas de controles a su jefatura con anterioridad.
7. La Unidad de Salud Ocupacional es quien coordinará y gestionará la información requerida en las EPT de tipo Psicosocial o músculo esquelético que requiera el organismo administrador.
8. Una vez realizada la Calificación, la Unidad de Salud Ocupacional enviará copia del documento denominado RECA a la jefatura.

| | | |
|--|--|----------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

6.5 NOTIFICACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE TRABAJO GRAVE O FATAL (VER ANEXO 3)

Ante la ocurrencia de un accidente fatal, se debe restringir el área y suspender toda actividad realizada en el sitio del suceso. Esto ocurre de igual manera si el funcionario/a fallece posterior a las 24 horas ocurrido el accidente.

1. El jefe de servicio o quien se designe dará aviso a Director del Hospital.
2. El jefe de urgencia o quien se designe debe dar aviso de inmediato a la autoridad sanitaria de lo ocurrido al teléfono 6004200022.
3. Paralelamente debe informarse a la Unidad de Prevención de Riesgos y Comunicaciones, con el objetivo de recabar información de lo ocurrido para transmitir al SSM.


6.6 NOTIFICACION EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJADORES INDEPENDIENTE

Al ocurrir un accidente se deberá dirigir OAL que se cotice con su denuncia de accidente laboral (DIAT) informando a su jefatura ya la Unidad de Salud Ocupacional.

6.7 CALIFICACIÓN DE LA PATOLOGÍA:

Si la patología o el accidente se califica de ORIGEN LABORAL, el funcionario/a comienza a recibir las prestaciones del seguro de accidentes y enfermedades profesionales (Ley N°16.744, Artículo 29), hasta su total recuperación.

El funcionario/a es notificado por ISL o su mutualidad (de ser trabajador/a independiente) a través de Resolución (RECA) y adicionalmente por la Unidad de Salud Ocupacional.

| | | |
|--|--|----------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

Sí la patología o el accidente se califica como de ORIGEN COMÚN las prestaciones deben ser otorgadas por su previsión de salud, el funcionario/a es notificado por ISL o su mutualidad a través de Resolución (RECA) y adicionalmente por la Unidad de Salud Ocupacional.

6.8 NORMAS Y REFERENCIAS

Ley N°16.744, publicada el 1 de febrero de 1968, establece un Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. La Ley N°19.345/1995 incorporó, a contar del 01 de marzo de 1995 obligatoriamente, a los/as funcionario/as/as públicos/as de la administración civil del estado a este seguro social, permitiendo acceder a las licencias médicas tipo 5 (Accidente de Trabajo-Trayecto) y 6 (Enfermedad Profesional).

Ley N° 21.133, publicada el 2 de febrero de 2019, establece un nuevo mecanismo obligatorio y gradual de cotización para incorporar a los trabajadores que emiten boletas de honorarios a los regímenes de Protección Social.

Ley N° 20.101 del 2006: Amplía el concepto de accidente de trabajo, en el trayecto, contemplado en la Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, incluyendo aquellos que ocurran en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, aunque correspondan a distintos empleadores. En este último caso, se considerará que el accidente dice relación con el trabajo al que se dirigía el/la trabajador/a al ocurrir el siniestro.

Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. El cual incluye las siguientes Circulares derogadas por la Resolución N° 156, de 2018.

6.9 RECLAMOS DE CALIFICACIONES:


El funcionario/a o el empleador de no estar de acuerdo con la resolución de calificación, podrá apelar en un plazo de 90 días hábiles ante la Superintendencia de Seguridad Social SUSESO. A través del envío de carta

| | | |
|--|--|----------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

certificada con los documentos de apelación dirigido a SUSESO, ubicada en Huérfanos #1360, Santiago o hacer trámite vía internet en www.suseso.cl.

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |





| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|----------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

7. ANEXOS


Anexo N° 1

Prestadores del Seguro de Salud.

| | | |
|---|---|-------------------------------|
|  | Lunes a jueves de 08:15 a 17:00 hrs. Viernes de 08:15 a 14:30 hrs. | Calle Brasil 921 Linares |
|  | Todo Horario | Calle Brasil 753 Linares |
|  | Lunes a viernes de 08:30 a 18:00 hrs. | Freire 663, Linares |
|  | Lunes a domingo las 24 horas del día. | Calle 2 Pte. N° 1372 Talca |

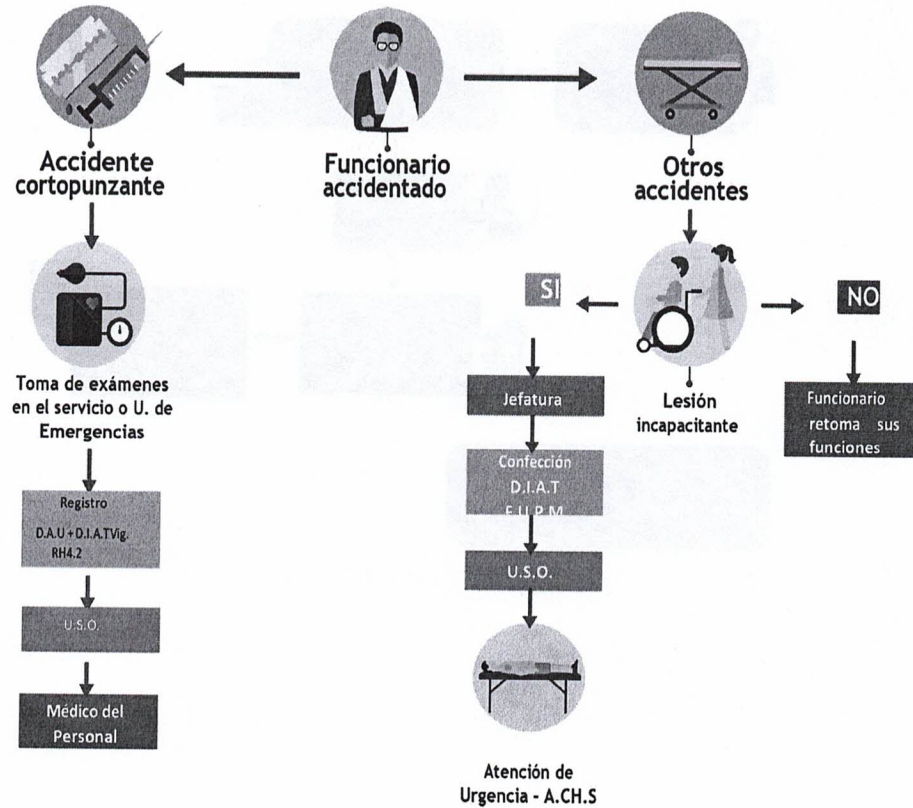
Nota importante


Si el funcionario/a debe asistir a control médico y este pudiera coincidir con la jornada laboral, será responsabilidad del trabajador informar a su jefatura con anterioridad y ser autorizado mediante un "cometido funcional sin viatico" en donde debe indicar en el **Motivo**: control médico por accidente laboral y adjuntar copia de la citación.

| | | |
|--|--|----------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

Anexo N°2
Flujograma del Actuar en Caso de Accidente Del Trabajo

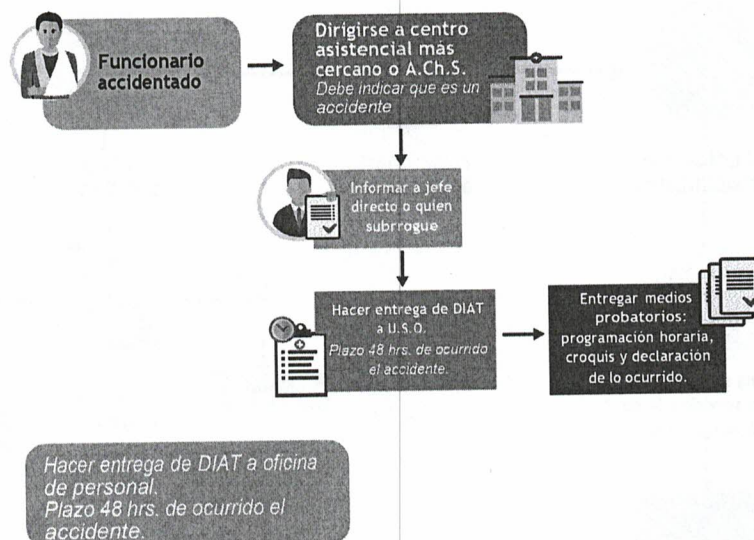
Notificación y atención clínica de Accidente de Trabajo




| | | |
|--|--|----------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

Anexo N°3
Flujograma Del Actuar en Caso De Accidente De Trayecto

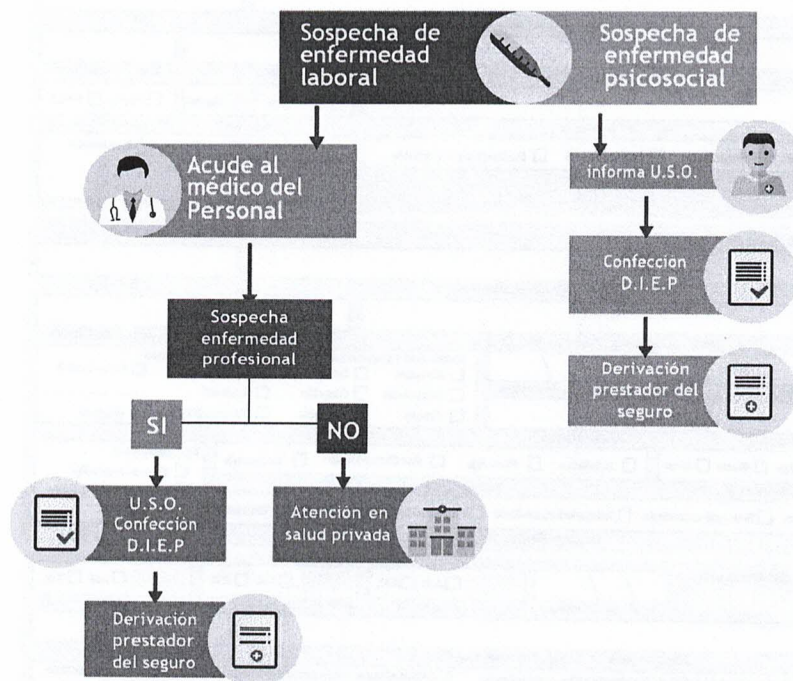
Notificación y atención clínica de Accidente de Trayecto




| | | |
|--|--|----------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |



Anexo N° 4
Flujograma Enfermedad Profesional

Notificación y atención clínica de sospecha de Enfermedad Profesional



| | | |
|--|--|-------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

Anexo N°5 Denuncia Individual Accidente Del Trabajo. (DIAT)

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

Folio:

Código del Caso Fecha de Emisión

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social RUT

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna Número de Teléfono

Actividad Económica Hombres Mujeres Pública Privada

N° de Trabajadores Propiedad de la Empresa

Principal
 Contratista
 Subcontratista
 De Servicios Transitorios

Tipo de Empresa

Si es Contratista o Subcontratista, señale la actividad económica empresa principal:

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno RUT

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna Número de Teléfono

Hombre Mujer
 Alacalufe Colta
 Quechua Otro -Cuál?

Atacameño Diaguita Rapañui
 Aymara Mapuche Yaman (Yagán) Ninguno

Sexo Edad Fecha de Nacimiento

Nacionalidad Profesión u Oficio

Días Meses Años
 Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporal

Antigüedad en la Empresa Tipo de Contrato

Empleador Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario

Categoría Ocupacional

Tipo de Ingreso: Remuneración Fija Remuneración Variable Honorarios

C. Datos del Accidente

/ /
 A.M. P.M.
 A.M. P.M.
 A.M. P.M.

Fecha del Accidente Hora del Accidente Hora de Ingreso al Trabajo Hora de Salida del Trabajo

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna

Señale qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente:
 Señale el lugar donde ocurrió el accidente (nombre de la sección, edificio, área, etc.):

Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?:

Señale cuál era su trabajo habitual:
 ¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? SI NO

Clasificación del Accidente (Ley 16.744): Grave Fatal Otro
 Tipo de Accidente: Trabajo Trayecto
 Si es accidente de Trayecto, responda: Domicilio - Trabajo Trabajo - Domicilio Entre dos Trabajos

Parte de Carabineros Declaración Testigos Otro

Medio de Prueba Detalle del Medio de Prueba


D. Identificación del Denunciante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno RUT


Número de Teléfono

Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): Empleador Trabajador/a Familiar Médico Tratante Comité Paritario Empresa Usaria Otro

Firma

| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>Ministerio de Salud Gobierno de Chile HOSPITAL DE LINARES</p> | <p>PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL</p> <p>HOSPITAL DE LINARES</p> | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

Anexo N°6
Denuncia de Enfermedad Profesional. (DIEP)



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)

Código del Caso: _____ Fecha de Emisión: _____ Folio: _____

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social: _____ RUT: _____

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): _____ Comuna: _____ Número de Teléfono: _____

Actividad Económica: _____ Género: Hombre Mujer Pública Privada

N° de Trabajadores: _____ Propiedad de la Empresa: _____

Tipo de Empresa: Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios

Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal: _____

B. Identificación del Trabajador/a

Nombre - Apellido Paterno - Apellido Materno: _____ RUT: _____

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): _____ Comuna: _____ Número de Teléfono: _____

Hombre Mujer Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Profesión u Oficio: _____

Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada

Antigüedad en la Empresa: _____ Tipo de Contrato: _____

Empleado Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar o Remunerado Trabajador Voluntario

Categoría Ocupacional: _____

Tipo de Ingreso: Remuneración Fija Remuneración Variable Honorarios

C. Datos de la Enfermedad

Describe las molestias o síntomas que actualmente tiene el trabajador/a: _____

Días Meses Años ¿Ha tenido estas molestias en el pasado de trabajo actual, anteriormente? SI NO

¿Hace cuánto tiempo tiene estas molestias o síntomas? _____ Parte del cuerpo afectada: _____

Describe el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: _____

Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: _____ Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias? SI NO

¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias? _____

Días Meses Años ¿Cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo?


D. Identificación del Denunciante

Nombre - Apellido Paterno - Apellido Materno: _____ RUT: _____


Número de Teléfono: _____


Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): Empleado Trabajadora Familiar Médico Tratante Compañero Empresa Usuaria Otro

_____ Firma

| | | |
|--|--|-------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

Anexo 7 Formulario Único de Prestaciones Médicas (FUMP)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|---------------------------------------|------------------|--|------|--|-------------------|--|---------|--|--------------------|--|---------------------|--|---------------------|--|----------------------|--|
|  | | Instituto de Seguridad Laboral | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FORMULARIO ÚNICO DE SOLICITUD DE PRESTACIONES MÉDICAS (FUMP) (ACCIDENTE DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text" value="TALCA"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sucursal Receptora | Fecha Recepción | Fecha Envío | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD: (Marque el o los servicios a solicitar) Según las solicitudes que se realizan se debe llenar la hoja de Anexo(s) respectiva. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECEPCIÓN DE DENUNCIA DE ACCIDENTE DEL TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL Anexo 1 _ Anexo 1.A _ Anexo 1.B _ Anexo 1.C Si ya entregó el Formulario de Denuncia, indique dónde _____ (Centro de Atención y/o Centro Médico) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí. El Trabajador recibió Formulario de Advertencia (SUSESO) Anexo 1.D Advertencia Trabajador Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Sí. El Trabajador recibió Formulario de Advertencia (SUSESO) Anexo 1.E Advertencia Trabajador Dependiente | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE PRESTACIONES MEDICAS POR REINGRESO (Anexo 2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS (Anexo 3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE CERTIFICADO DE ACCIDENTABILIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE REEDUCACIÓN LABORAL (Anexo 4) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE ADECUACIÓN DOMICILIARIA (Anexo 5) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE EXAMENES OCUPACIONALES _ Anexo 6 _ Anexo 6.A | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DE INCAPACIDAD (Anexo 7) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II TIPO DE SOLICITANTE <input type="checkbox"/> TRABAJADOR DEPENDIENTE <input type="checkbox"/> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> EMPLEADOR <input type="checkbox"/> OTRO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| III IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE (* Datos Obligatorios) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>Nombre Completo*</td><td></td></tr> <tr><td>RUN*</td><td></td></tr> <tr><td>Dirección Actual*</td><td></td></tr> <tr><td>Ciudad*</td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono Contacto*</td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono Contacto 2</td><td></td></tr> <tr><td>Correo Electrónico</td><td></td></tr> <tr><td>Siniestro asociado</td><td></td></tr> </table> | | | Nombre Completo* | | RUN* | | Dirección Actual* | | Ciudad* | | Teléfono Contacto* | | Teléfono Contacto 2 | | Correo Electrónico | | Siniestro asociado | |
| Nombre Completo* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RUN* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección Actual* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono Contacto* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono Contacto 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correo Electrónico | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Siniestro asociado | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IV IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (* Datos Obligatorios) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>Razón Social*</td><td></td></tr> <tr><td>RUT*</td><td></td></tr> <tr><td>Dirección Actual*</td><td></td></tr> <tr><td>Ciudad*</td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono Contacto*</td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono Contacto 2</td><td></td></tr> <tr><td>Correo Electrónico*</td><td></td></tr> <tr><td>Representante Legal*</td><td></td></tr> </table> | | | Razón Social* | | RUT* | | Dirección Actual* | | Ciudad* | | Teléfono Contacto* | | Teléfono Contacto 2 | | Correo Electrónico* | | Representante Legal* | |
| Razón Social* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RUT* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección Actual* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono Contacto* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono Contacto 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correo Electrónico* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Representante Legal* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| V OBSERVACIONES (Escriba observaciones pertinentes a la solicitud realizada). | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marque si acepta: <input checked="" type="checkbox"/> El trabajador acepta que todas las notificaciones que se le realicen podrán hacerse al siguiente correo electrónico _____@_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> El empleador acepta que todas las notificaciones que se le realicen podrán hacerse al siguiente correo electrónico _____@_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE: _____ Nº C.I./RUT: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instituto de Seguridad Laboral, www.isl.gob.cl | | DPM 07/05/2020 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|--|----------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

Formulario Único de Prestaciones Médicas. (FUMP) Anexo N°1

Fecha de entrega Anexo 1

ANEXO 1

Antecedentes requeridos una vez recibida la Denuncia y que son necesarios para la Calificación de Origen

Formulario de Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP) o Formulario de Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT), según corresponda. Estos formularios deben ser completados con los campos obligatorios definidos.

Antecedentes adicionales a presentar en el plazo de 5 días hábiles:

I.- Los siguientes antecedentes deberán ser requeridos tanto para DIAT como DIEP

- Copia de contrato de trabajo (a excepción de trabajadores independientes y del sector público).
- Certificado de Atención de Urgencia (en caso de que ésta ya se haya otorgado)
- Certificados médicos y/o antecedentes médicos asociados al caso (esto cuando las primeras atenciones no hayan sido otorgadas mediante prestadores médicos en convenio con el Instituto de Seguridad Laboral).
- En caso de corresponder a un trabajador independiente, emitir según corresponda Complemento DIAT trabajador independiente (anexo 1.B) o Complemento DIEP trabajador independiente (anexo 1.C).

II.- En caso de accidente de trayecto deben ser requeridos:

- Declaración de la Víctima de accidente de Trayecto (anexo 1.A).
- Croquis o mapa que grafique lugar del accidente (se debe señalar lugar de trabajo, de la habitación del trabajador afectado y lugar donde habría ocurrido el siniestro; se debe indicar, además, las distancias aproximadas entre estos puntos y el tiempo en que debieran recorrerse estas distancias de acuerdo al medio de transporte usado).
- Copia del Registro de control de asistencia del mes en que ocurrió el accidente.
- Copia del parte de Carabineros o Constancia en caso de que existan.
- Declaración simple de testigos ya sea del accidente o hechos asociados al evento, en caso de que existan.
- Antecedentes médicos en caso de que primeras atenciones no hayan sido otorgadas mediante ISL.

III.- En caso de corresponder denuncia a enfermedad, será requerido:

- Formulario Historia Ocupacional (la cual será confeccionada entre el trabajador y un experto en prevención de riesgo de nuestra dirección regional ISL, quien lo contactará).
- Certificado de cotizaciones previsionales históricas (AFP)

NOTA: De no presentar lo requerido en el plazo antes señalado, entonces el Instituto analizará el origen del siniestro con la información disponible.

INSTRUCCIONES

PARA EL SOLICITANTE

1. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos.
2. Verifique la documentación necesaria según sea el caso.

SUCURSAL

1. Efectúe el llenado con la documentación a la vista, la que previamente fue requerida conforme a las fichas técnicas de atención según el servicio de prestaciones médicas que corresponda.
2. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.
3. Una vez firmado este formulario, entregue una copia al solicitante que incluya la lista de chequeo de este formulario con las marcas en las casillas que correspondan a los documentos de respaldo y solicitud realizada.

DENISE LARA VENEGAS

EJECUTIVA DE PLATAFORMAS DE ATENCION


SUCURSAL TALCA

dlarav@isl.gob.cl

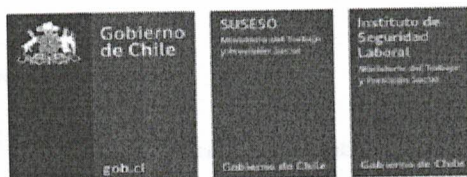
NOMBRE: _____

Nº C.I./RUT: _____

Instituto de Seguridad Laboral, www.isl.gob.cl
DPM 07/05/2020

| | | |
|--|--|-------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION Y ATENCION DE SALUD DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL HOSPITAL DE LINARES | Código: GP-14 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha versión: Noviembre 2023 |
| | | Vigencia: Noviembre 2028 |

Formulario Único de Prestaciones Médicas. (FUMP)
Anexo N°1E



ANEXO 1 E FORMULARIO DE ADVERTENCIA – TRABAJADORES DEPENDIENTES

Fecha: ___/___/___

Yo, _____ (nombre completo), RUT N° _____, trabajador de la empresa,

_____ ,
 declaro que previo a recibir atención médica por la dolencia de origen presuntamente laboral, he sido advertido que en caso que mi accidente o enfermedad no sea calificado como de origen laboral, deberé pagar el valor de las prestaciones que se me otorguen conforme a la cobertura de mi sistema de salud común (FONASA o ISAPRE).

 Firma trabajador

 Firma funcionario admisión