

Accidente de Trabajo Enfermedad profesional Reingreso

Fecha de Ingreso y hora a la ART ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____ Nº de Siniestro: ____

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social: _____ CUIT: ____ - ____ - ____ Contrato Nº ____ CIU: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 Cod. Postal Arg: _____ Tel.: _____ Fax: _____ E-mail: _____ @

INFORMACION DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del Establecimiento de Ocurrencia del Accidente o de Detección de la Enfermedad.: _____
 Cód. de Estab. AFIP : ____ CIU: _____ Empresa Subcontratada: **SI / NO** CUIT de Ocurrencia o Detección: ____ - ____ - ____
 Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ CP.: _____

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellido: _____ CUIL: ____ - ____ - ____ Tipo y Nº Doc: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 C. P. ____ Nacionalidad: _____ Sexo **M / F** Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Estado Civil _____
 Edad: ____ Teléfono: _____ Teléfono. Celular: _____ Tarea habitual: _____
 Fecha de Ing. a la Empresa: ____ / ____ / ____ Turno Habitual: Fijo Rotativo Jornada Habitual: de ____ : ____ a ____ : ____
 Inicio de Jornada el día del Accidente: ____ : ____ Reparto Capitalización A.F.J.P.: _____
 Obra Social: _____ Se le han realizado Exámenes Periódicos **S / N** Fecha de Último Examen : ____ / ____ / ____
 Puesto de Trabajo en el Momento del Accidente o detección de Enfermedad Profesional: _____
 Antigüedad en esta Tarea: ____ Días; ____ Meses; ____ Años. Puesto de Trabajo anterior _____
 Mismo Empleador: **SI / NO** Antigüedad en esta Tarea: ____ Días; ____ Meses; ____ Años. Último Salario Mensual: \$ _____

INFORMACION SOBRE EL SINIESTRO

Fecha del Accidente: ____ / ____ / ____ Hora del Accidente: ____ : ____ Fecha de baja laboral: ____ / ____ / ____

IN ITINERE: Denuncia Policial Nº _____ (Adjuntar Copia) Comisaría: _____

ACCIDENTE DE TRABAJO

DESCRIPCION DE CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE (Modo y Circunstancia en que se produjo)

Descripción del Accidente de Trabajo				
(Ver Tabla)	Códigos	Diagnostico	Zona del Cuerpo Afectada (Ver Tabla)	Naturaleza de la Lesión (Ver Tabla)
Forma del Accidente		1		
Agente Material Asociado		2		
		3		

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Descripción de la Enfermedad Profesional (Ver Tablas al Dorso)						
Agente Causante (Ver Tabla)	Agente Material Asociado (Ver Tabla)	Tiempo de Exposición al Agente (en Meses)	Diagnostico (para ser cargado por el medico de la ART)	Fecha de Diagnostico	Zona del Cuerpo Afectada (Ver Tabla)	Cod. de Examen donde se detecto la EP (Ver Tabla debajo)
			1			
			2			
			3			

Tabla de Códigos de Exámenes											
Examen Preocupacional	P	Examen Periódico	R	Examen de Egreso	E	Prestador de ART	B	Sala, CAP, Etc.	M	Sanatorio Privado	N
Ausencia Prolongada	A	Transferencia de Actividad	T	Obra Social	O	Peritaje Judicial	J	Hospital Publico	H	Comisión Medica	S

Centro asistencial de primera atención _____ Localidad _____ CP: _____

Provincia _____ Telefono _____ Direccion _____

Lugar y Fecha

Firma, Aclaración y DNI
 Del Empleador o Denunciante

Para el caso en que el código que usted necesita no se encuentre en la presente, podrá acceder a la totalidad de las tablas mediante la pagina WEB www.institutoseguro.com.ar / **Riesgos del Trabajo / Formularios / Sinistros/** en donde encontrara las tablas para **Accidente De Trabajo Y Enfermedades Profesionales**. Las tablas completas también podrán ser solicitadas a esta ART /

TABLA 1 FORMA DEL ACCIDENTE

- 101.- Caídas de personas por caídas desde alturas
- 102.- Caídas de personas por caídas en profundidades
- 201.- Derrumbe (caídas de tierra, de rocas, de piedras, de nieve)
- 203.- Caídas de objetos en curso de manutención manual.
- 301.- Pisada Sobre objetos.
- 302.- Choques contra objetos inmóviles
- 304.- Golpes por objetos móviles,
- 401.- Atrapamiento por un objeto
- 501.- Esfuerzos físicos excesivos al levantar objetos
- 502.- Esfuerzos físicos excesivos al empujar objetos
- 601.- Exposición al calor (de la atmósfera o del ambiente de trabajo)
- 602.- Exposición al frío (de la atmósfera o del ambiente de trabajo)
- 603.- Contacto con sustancias u objetos calientes
- 605.- Contacto con fuego
- 702.- Contacto con fuente de generación o transmisión eléctrica
- 801.- Contacto por inhalación de sustancias química
- 802.- Contacto por ingestión de sustancias químicas
- 902.- Incendio
- 903.- Atropellamiento de animales
- 904.- Mordedura de animales
- 905.- Picaduras
- 906.- Atropellamiento por vehículo
- 907.- Choque de Vehículos
- 909.- Agresión con armas
- 910.- Agresión sin armas
- 911.- Injuria punzo-cortante o contusa involuntaria

TABLA 2 NATURALEZA DE LA LESION

- | | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| 1 Escoriaciones | 14 Quemaduras |
| 2 Heridas punzantes | 15 Cuerpo extraño en ojos |
| 3 Heridas cortantes | 23 Esguinces |
| 5 Heridas de bala | 24 Fracturas expuestas |
| 7 Contusiones | 27 Perdida auditiva |
| 9 Torceduras | 34 Efectos de cuerpo extraño en oído |
| 10 Luxaciones | 35 Efectos de cuerpo extraño en nariz |
| 11 Fracturas cerradas | 36 Efectos por picadura |
| 12 Amputaciones | 37 Desgarro |

TABLA 3 ZONA DEL CUERPO AFECTADA

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1 Región craneana | 35 Mano |
| 2 Ojos | 36 Dedos de las manos |
| 4 Oído | 40 Cadera |
| 6 Boca | 41 Muslo |
| 7 Nariz | 42 Rodilla |
| 9 Cara | 43 Pierna |
| 15 Cabeza, ubicaciones múltip. | 44 Tobillo |
| 20 Región cervical | 45 Pie |
| 23 Tórax | 46 Dedos de los pies |
| 25 Pelvis | 126 Testículos |
| 30 Hombro | 29 Tronco, ubicaciones múltiples |
| 31 Brazo | 181 Ubicaciones múltiples |
| 32 Codo | 190 Cabeza y Cuello |
| 33 Antebrazo | 200 Miembros Superiores |
| 34 Muñeca | 201 Miembros Inferiores |

TABLA 4 AGENTE MATERIAL ASOCIADO

- 10702 Correas, Cables, Poleas, Cadenas
- 10703 Generadores De Energía Eléctrica
- 10801 Maquinarias Para Agricultura
- 10802 Maquinarias Para Ganadería
- 10803 Tractores, Tractores Con Remolque
- 10916 Maquinarias Para El Trabajo De Metales
- 10919 Maquinarias Para La Construcción
- 31501 Cañerías De Gas, Aire, Agua, etc.
- 20001 Camiones
- 20006 Automóviles

- 20007 Motocicletas
- 20008 Bicicletas
- 30800 Cámaras (Incluye Cámaras Frigoríficas)
- 60800 Insectos, Arácnidos Serpientes
- 61000 Residuos
- 30906 Estanterías
- 60300 Árboles, Plantas, Cultivos
- 31304 Herramientas Manuales
- 31402 Andamios
- 20101 Grúas
- 40201 Polvos
- 40203 Líquidos
- 40204 Productos Químicos
- 50103 Agua
- 31006 Calderas
- 50107 Ruido
- 50108 Fuego
- 50109 Humo
- 50201 Pisos
- 50203 Escaleras
- 50205 Aberturas
- 50208 Ruido
- 50209 Agua
- 50210 Fuego
- 30901 Silos
- 60100 Arma De Fuego
- 60200 Arma Blanca
- 31001 Altos Hornos
- 60600 Animales De Cría
- 61700 Personas

SOLO PARA DENUNCIA DE ENFERMEDAD PROFECIONAL

TABLA 5 AGENTES CAUSANTES

- 40001 Aceites Minerales
- 40036 Benceno (Res. 310/03)
- 40043 Bifenilos Policlorados
- 40063 Derivados Del Fenol
- 40064 Derivados Del Petróleo
- 40153 Sílice (Res. 310/03)
- 40168 Tolueno
- 40169 Toluen Diisocianato
- 40188 Fenol
- 40203 Alquitrans (Res. 310/03)
- 40204 Aminobifenilo (Res. 310/03)
- 40205 Asfaltos (Res. 310/03)
- 60001 Brucella
- 60002 Virus De La Hepatitis A
- 60003 Virus De La Hepatitis B Y C
- 60006 Leptospira (Leptospirosis)
- 90001 Ruido
- 90003 Radiaciones Infrarrojas
- 90004 Radiacion Ultravioleta
- 90008 Vibraciones De Cuerpo Entero

IMPORTANTE: SR. EMPLEADOR UD. DEBERÁ DENUNCIAR EL SINIESTRO EN UN PLAZO MÁXIMO DE 48 HS. HÁBILES DE HABER TOMADO CONOCIMIENTO DEL MISMO. (RES. S.R.T. 15/98)