

ANTECEDENTES DEL VOLUNTARIO ACCIDENTADO

		INDICAR EL CURSO REALIZADO	FECHA
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/> SI		
CURSOS REALIZADOS	<input type="checkbox"/> NO		
		INDICAR EL TIPO DE ACCIDENTE	FECHA
ACCIDENTES PREVIOS ANTECEDENTES	<input type="checkbox"/> SI		
	<input type="checkbox"/> NO		

ANTECEDENTES DEL ACCIDENTE

ACTO DE SERVICIO
 EJERCICIO
 CUARTEL
 TRAYECTO

CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE

LABOR DESEMPEÑADA POR EL VOLUNTARIO (A) AL MOMENTO DEL ACCIDENTE:

¿ SE ENCONTRABA ACOMPAÑADO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE ? SI NO NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:

¿ SE ENCUENTRA INVOLUCRADO EL USO DE HERRAMIENTAS ? SI NO TIPO DE HERRAMIENTA:

NEUMATICAS <input type="checkbox"/>	ELECTRICAS <input type="checkbox"/>
HIDRAULICAS <input type="checkbox"/>	MANUALES <input type="checkbox"/>

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDIVIDUAL

CASCO C/ PROT. FACIAL COTONA BUZO GUANTES BOTAS DE SEGURIDAD TRAJE ENCAPSULADO EQUIPO ERA

OTROS EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL:

TIPO DE ACCIDENTE

<input type="text"/>	GOLPEADO POR	<input type="text"/>	GOLPE CONTRA	<input type="text"/>	POR PRENDIMIENTO	<input type="text"/>	CONTACTO CON
<input type="text"/>	POR ATRAPAMIENTO	<input type="text"/>	POR APRISIONAMIENTO	<input type="text"/>	POR SOBREENFUERZO	<input type="text"/>	CAIDA A MISMO NIVEL
<input type="text"/>	POR CONTACTO	<input type="text"/>	POR EXPOSICION	<input type="text"/>	CAIDA A DISTINTO NIVEL	<input type="text"/>	

PARTE DEL CUERPO AFECTADA

<input type="text"/>	CRANEO	<input type="text"/>	PIERNAS	<input type="text"/>	MANOS
<input type="text"/>	FRENTE	<input type="text"/>	RODILLAS	<input type="text"/>	DEDOS
<input type="text"/>	OJOS	<input type="text"/>	TOBILLOS	<input type="text"/>	BRAZOS
<input type="text"/>	BOCA	<input type="text"/>	PIES	<input type="text"/>	MUÑECA
<input type="text"/>	CUELLO	<input type="text"/>	ORTEJOS	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	TRONCO	<input type="text"/>	PARTES MULTIPLES	<input type="text"/>	OTROS (especificar)
<input type="text"/>	COLUMNA	<input type="text"/>	SISTEMAS DEL CUERPO	<input type="text"/>	OTROS (especificar)

NATURALEZA DE LA LESION

<input type="text"/>	AMPUTACION	<input type="text"/>	T.E.C.	<input type="text"/>	CONJUNTIVITIS	<input type="checkbox"/>	OTRAS LESIONES
<input type="text"/>	QUEMADURA	<input type="text"/>	ATRICCION	<input type="text"/>	CONJUNTIVITIS POR CUERPO EXTRAÑO		
<input type="text"/>	APLASTAMIENTO	<input type="text"/>	EROSION	<input type="text"/>	LUMBAGO		DETALLE DE LA LESION <input type="text"/>
<input type="text"/>	HERIDA	<input type="text"/>	CONGELAMIENTO	<input type="text"/>	SIN LESION TRAUMATICA		
<input type="text"/>	FRACTURA	<input type="text"/>	SOFOCACION	<input type="text"/>	INCAPACIDAD PARCIAL O PERMANENTE		
<input type="text"/>	ESGUINCE	<input type="text"/>	CONTUSION	<input type="text"/>	MUERTE		

ANALISIS DEL ACCIDENTE (OFICIAL / VOLUNTARIO A CARGO)

AL MADO DEL ACTO DEL SERVICIO	INVESTIGADO POR	APROBADO POR
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
CARGO	CARGO	CARGO
FIRMA	FIRMA	FIRMA
FECHA / /	FECHA / /	FECHA / /