

EMPLEADOR

Nombre de la Empresa	CUIT	Contrato N°	CIU
Domicilio	Localidad	Provincia	
C.P.	Tel.	Fax	Email
Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional			
Código Establecimiento	CIU	Empresa subcontratada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CUIT ocurrencia o detección
Domicilio	Localidad	Pcia. de ocurrencia o detección	C.P.

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre	Tipo y N° de Documento		
CUIL	Nacionalidad	Tel.	Fecha Nacimiento / / Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Domicilio	Localidad	Provincia	C.P.
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión de hecho			
Fecha de Ing. en la empresa / /	Fecha de Ing. al establecimiento / /	Turno de trabajo habitual <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Rotativo	
Jornada Habitual (Desde/Hasta)	Situación contractual	Fecha último examen periódico / /	
Obra Social	<input type="checkbox"/> Reparto <input type="checkbox"/> Capitalización	A.F.J.P	
Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional	Antigüedad		
Puesto de trabajo anterior	Antigüedad		

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

Descripción del accidente y sus consecuencias:

Accidente de trabajo Enfermedad profesional

En el trabajo En otro centro o lugar de trabajo Al ir o volver del trabajo Desplazamiento en día laboral Otro

ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha / /	Horario de la jornada el día del accidente	Hora accidente
Fecha de inicio de la inasistencia laboral / /	¿Realizaba una actividad habitual al accidentarse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ocurrencia del Accidente: Calle	N°	C.P.
Agente Material Asociado	Localidad	Provincia
Diagnóstico 1	1	2
Naturaleza de la lesión	1	2
Forma del accidente	1	2

ENFERMEDAD PROFESIONAL

	Descripción de la EP	Agente Material Asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo de exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (ver tabla)	Fecha de inicio de la inasistencia laboral
Agente Causante 1 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 2 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 3 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						

LA ENFERMEDAD SE DETECTÓ EN (CÓDIGOS DE DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD)

Examen preocupacional	P	Ausencia prolongada	A	Sanatorio privado	N	Peritaje judicial	J
Examen periódico	R	Transferencia de puesto de trabajo	T	Hospital público	H	Comisión médica	S
Examen de egreso	E	Obra social	O	Consulta en Ámb. Púb. no Hospit.	M	Prestación ART	B

Centro asistencial	Domicilio
Localidad	Provincia
C.P.	Tel.
Accidente in itinere según Denuncia policial N°	(Adjuntar copia) Comisaría

Lugar y fecha Firma, aclaración y DNI del denunciante

Las tablas mencionadas están disponibles en la web: www.prevencionart.com.ar

Ruta Nacional N° 34 | Km 257 | 2322 Sunchales | Santa Fe | Tel.: (03493) 428600 - 0800 5555 ART (278) | Fax: 0 800 888 3297 | www.prevencionart.com.ar | info@prevencionart.com.ar

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por (según corresponda) "Sancor Seguros coop. Limitada, PrevenciónART o Grupo S.S. S.A." (responsable de Bases de Datos). Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a la Dirección Nacional de Datos Personales: www.jus.gov.ar/dnmdpnew, <http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx/>

En caso de no haber asistido a un prestador determinado en la Red de Prevención, le solicitamos nos envíe Historia Clínica completa correspondiente al accidente denunciado.

CÓDIGO DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

100	Caídas de personas
101	Caídas de personas con desnivelación por caídas desde alturas (árboles, edificios, andamios, escaleras, máquinas de trabajo, vehículos).
102	Caídas de personas con desnivelación por caídas en profundidades (pozos, fosos, excavaciones, aberturas en el suelo).
103	Caídas de personas que ocurren al mismo nivel.
104	Caída de personas al agua.
200	Caída de objetos
201	Derrumbe (caídas de masas de tierra, de rocas, de piedras, de nieve).
202	Desplome (de edificios, de muros, de andamios, de escaleras, de pilas de mercancías).
203	Caídas de objetos en curso de mantenimiento manual.
204	Caídas de objetos mobiliarios (artefactos de luz, ventanas, marcos, bibliotecas, etc.).
205	Otras caídas de objetos no incluidos en epígrafes anteriores a este apartado.
300	Pisadas sobre, choques contra, o golpes por objetos, a excepción de caídas de objetos
301	Pisadas sobre objetos.
302	Choques contra objetos inmóviles (a excepción de choques debido a una caída anterior).
303	Choque contra objetos móviles.
304	Golpes por objetos móviles (comprendidos los fragmentos volantes y las partículas), a excepción de los golpes por objetos que caen.
400	Atrapamiento por un objeto o entre objetos
401	Atrapamiento por un objeto.
402	Atrapamiento entre un objeto inmóvil y un objeto móvil.
403	Atrapamiento entre dos objetos móviles (a excepción de los objetos volantes o que caen).
500	Esfuerzos excesivos
501	Esfuerzos físicos excesivos al levantar objetos.
502	Esfuerzos físicos excesivos al empujar objetos.
503	Esfuerzos físicos excesivos al tirar objetos.
504	Esfuerzos físicos excesivos al manejar objetos.
505	Esfuerzos físicos excesivos al lanzar objetos.

CÓDIGO DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

600	Exposición a, o contacto con, temperaturas extremas
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.
604	Contacto con sustancias u objetos muy fríos.
605	Contacto con fuego.
700	Exposición a, o contacto con, la corriente eléctrica
701	Exposición a la corriente eléctrica (tierra húmeda, agua o ambiente con vapor que transmita electricidad).
702	Contacto directo con fuente de generación o transmisión de corriente eléctrica.
800	Exposición a, o contacto con, sustancias nocivas o radioactivas
801	Contacto por inhalación de sustancias químicas.
802	Contacto por ingestión de sustancias químicas.
803	Contacto por absorción cutánea de sustancias químicas.
804	Contacto con agentes biológicos (absorción, inhalación).
805	Exposición a radiaciones ionizantes.
806	Exposición a otras radiaciones.
807	Inoculación de agentes biológicos (por pinchazo, heridas cortantes).
900	Otras formas de accidente, no clasificadas bajo otros epígrafes, incluidos aquellos accidentes no clasificados por falta de datos suficientes
901	Explosión o implosión.
902	Incendio.
903	Atropellamiento de animales.
904	Mordedura de animales.
905	Picaduras.
906	Atropellamiento por vehículo.
907	Choque de vehículos.
908	Fallas en los mecanismos para trabajos hiperbáricos.
909	Agresión con armas.
910	Agresión sin armas.
911	Injuria punzo-cortante o contusa involuntaria.
999	Otras Formas de Accidente no incluidas en la presente Codificación.

SR. EMPLEADOR EN CASO DE ACCIDENTE SIGA ESTAS INSTRUCCIONES

Traslade al accidentado al Centro Asistencial de **PREVENCIÓN A.R.T.** más próximo con los 2 últimos ejemplares del presente formulario (duplicado, triplicado).



Anticipe inmediatamente vía fax (antes de las 48 h) al 0800 888 3297 el original del presente formulario.



Remita el mismo a **PREVENCIÓN A.R.T.** por el medio más seguro y ágil.



Solicite a nuestro prestador médico el triplicado del presente formulario y consérvelo como informe médico y constancia de atención.

EMPLEADOR

Nombre de la Empresa		CUIT	Contrato N°	CIU
Domicilio		Localidad	Provincia	
C.P.	Tel.	Fax	Email	
Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional				
Código Establecimiento	CIU	Empresa subcontratada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CUIT ocurrencia o detección
Domicilio	Localidad	Pcia. de ocurrencia o detección	C.P.	

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre		Tipo y N° de Documento		
CUIL	Nacionalidad	Tel.	Fecha Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Domicilio		Localidad	Provincia	C.P.
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión de hecho				
Fecha de Ing. en la empresa / /	Fecha de Ing. al establecimiento / /	Turno de trabajo habitual <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Rotativo		
Jornada Habitual (Desde/Hasta)	Situación contractual	Fecha último examen periódico / /		
Obra Social	<input type="checkbox"/> Reparto <input type="checkbox"/> Capitalización	A.F.J.P		
Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional			Antigüedad	
Puesto de trabajo anterior			Antigüedad	

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

Descripción del accidente y sus consecuencias:

Accidente de trabajo Enfermedad profesional

En el trabajo En otro centro o lugar de trabajo Al ir o volver del trabajo Desplazamiento en día laboral Otro

ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha / /	Horario de la jornada el día del accidente	Hora accidente
Fecha de inicio de la inasistencia laboral / /	¿Realizaba una actividad habitual al accidentarse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ocurrencia del Accidente: Calle	N°	C.P.
Agente Material Asociado	Localidad	Provincia
Diagnóstico 1	1	2
Naturaleza de la lesión	1	2
Forma del accidente	1	2

ENFERMEDAD PROFESIONAL

	Descripción de la EP	Agente Material Asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo de exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (ver tabla)	Fecha de inicio de la inasistencia laboral
Agente Causante 1 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 2 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 3 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						

LA ENFERMEDAD SE DETECTÓ EN (CÓDIGOS DE DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD)

Examen preocupacional	P	Ausencia prolongada	A	Sanatorio privado	N	Peritaje judicial	J
Examen periódico	R	Transferencia de puesto de trabajo	T	Hospital público	H	Comisión médica	S
Examen de egreso	E	Obra social	O	Consulta en Ámb. Púb. no Hospit.	M	Prestación ART	B
Centro asistencial				Domicilio			
Localidad	Provincia		C.P.	Tel.			
Accidente in itinere según Denuncia policial N°				(Adjuntar copia)	Comisaría		

Lugar y fecha

Firma, aclaración y DNI del denunciante

Las tablas mencionadas están disponibles en la web: www.prevencionart.com.ar

Ruta Nacional N° 34 | km 257 | 2322 Sunchales | Santa Fe | Tel.: (03493) 428600 - 0800 5555 ART (278) | Fax: 0 800 888 3297 | www.prevencionart.com.ar | info@prevencionart.com.ar

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por (según corresponda) "Sancor Seguros coop. Limitada, PrevenciónART o Grupo S.S. S.A." (responsable de Bases de Datos). Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a la Dirección Nacional de Datos Personales: www.jus.gov.ar/dnmdpnew, <http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx/>

En caso de no haber asistido a un prestador determinado en la Red de Prevención, le solicitamos nos envíe Historia Clínica completa correspondiente al accidente denunciado.

EMPLEADOR

Nombre de la Empresa _____ CUIT _____ Contrato N° _____ CIU _____
 Domicilio _____ Localidad _____ Provincia _____
 C.P. _____ Tel. _____ Fax _____ Email _____
 Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional _____
 Código Establecimiento _____ CIU _____ Empresa subcontratada Sí No CUIT ocurrencia o detección _____
 Domicilio _____ Localidad _____ Pcia. de ocurrencia o detección _____ C.P. _____

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre _____ Tipo y N° de Documento _____
 CUIL _____ Nacionalidad _____ Tel. _____ Fecha Nacimiento / / _____ Sexo F M
 Domicilio _____ Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____
 Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Unión de hecho
 Fecha de Ing. en la empresa / / _____ Fecha de Ing. al establecimiento / / _____ Turno de trabajo habitual Fijo Rotativo
 Jornada Habitual (Desde/Hasta) _____ Situación contractual _____ Fecha último examen periódico / / _____
 Obra Social Reparto Capitalización _____ A.F.J.P. _____
 Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional _____ Antigüedad _____
 Puesto de trabajo anterior _____ Antigüedad _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

Descripción del accidente y sus consecuencias:

 Accidente de trabajo Enfermedad profesional
 En el trabajo En otro centro o lugar de trabajo Al ir o volver del trabajo Desplazamiento en día laboral Otro

ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha / / _____ Horario de la jornada el día del accidente _____ Hora accidente _____
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral / / _____ ¿Realizaba una actividad habitual al accidentarse? Sí No
 Ocurrencia del Accidente: Calle _____ N° _____ C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____
 Agente Material Asociado Diagnóstico 1 2 3
 Naturaleza de la lesión 1 2 3
 Forma del accidente Zona del cuerpo afectada 1 2 3

ENFERMEDAD PROFESIONAL

	Descripción de la EP	Agente Material Asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo de exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (ver tabla)	Fecha de inicio de la inasistencia laboral
Agente Causante 1 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 2 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
Agente Causante 3 (ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						

LA ENFERMEDAD SE DETECTÓ EN (CÓDIGOS DE DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD)

Examen preocupacional	P	Ausencia prolongada	A	Sanatorio privado	N	Peritaje judicial	J
Examen periódico	R	Transferencia de puesto de trabajo	T	Hospital público	H	Comisión médica	S
Examen de egreso	E	Obra social	O	Consulta en Ámb. Púb. no Hospit.	M	Prestación ART	B
Centro asistencial	Localidad _____ Provincia _____			Domicilio _____			
	C.P. _____			Tel. _____			
Accidente in itinere según Denuncia policial N° _____				(Adjuntar copia)		Comisaría _____	

Lugar y fecha _____ Firma, aclaración y DNI del denunciante _____

Las tablas mencionadas están disponibles en la web: www.prevencionart.com.ar

Ruta Nacional N° 34 | Km 257 | 2322 Sunchales | Santa Fe | Tel.: (03493) 428600 - 0800 5555 ART (278) | Fax: 0 800 888 3297 | www.prevencionart.com.ar | info@prevencionart.com.ar

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por (según corresponda) "Sancor Seguros coop. Limitada, PrevenciónART o Grupo S.S. S.A." (responsable de Bases de Datos). Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a la Dirección Nacional de Datos Personales: www.jus.gov.ar/dnmdpnew, <http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx>

En caso de no haber asistido a un prestador determinado en la Red de Prevención, le solicitamos nos envíe Historia Clínica completa correspondiente al accidente denunciado.