Copia Paciente



SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA SCTP

		OR LA EMPRESA (car							
PRIMERA ATENCIÓN		CONTINUACIÓN D	E TR	RATAMIENTO					
EMPRESA RUC		l CORREO ELECTRÓN	IICO	I T	ELÉFO	NC	0		
1. DATOS DEL PACI	EN	TE							
								1	
NOMBRES Y APELLIDOS		A A I	_				FECHA DE NACIMIENTO		
TIPO DE DOCUMENTO N°	I M F I SEXO EDAD CARGO O PUESTO DE TRABAJO DEL 1								
2. DETALLE DEL AC	CIE	DENTE O DE LA ENF	ERA	MEDAD PROFESIONA	\L				
		_I FUERA DE LAS	INS	STALACIONES DEN	TRO	L	as instalaciones		
LUGAR DE OCURRENCIA		I PM I		, SÍ NO LHOR	AS	FΧ	TRAS		
		ACCIDENTE		EN LA LABOR HABITUAL	0 10		110.00		
3. TIPO DE ACCIDENTE									
GOLPES		CORTES		CAÍDAS			CONTACTO		
QUEMADURA		INTOXICACIÓN		ATRAPAMIENTOS		CHOQUES			
SOBRE ESFUERZO		ATROPELLO		EXPOSICIÓN			EVENTOS		
OTROS:									
4. FUENTE O CAUS	Α[DE LA LESIÓN							
CALOR		MADERA		ELÉCTRICOS			VIDRIO		
QUÍMICOS		METALES		HERRAMIENTA MANUAL	П	ī	ESCALERAS		
OTROS:									
5. PARTES DEL CUE	RPO	O AFECTADAS (mare	car	con un círculo)					
6. LESIÓN O DAÑO) S	Ojos Orejas Nariz Boca Brazo Tórax Abdomen Cadera Pelvis Pierna		Cabeza Cuello Hombro Columno Antebraz Codo Mano Dedos (de la ma Muslo Tobillo Dedos (de los pie	a zo				
amputación		QUEMADURAS		RASPADURAS			FRACTURA		
CONTUSIÓN		LACERACIÓN		LESIONES MÚLTIPLES		j	LUXACIÓN	П	
PINCHAZO		ELECTROCUCIÓN		OTROS:					

7. DESCRIBIR CÓM	0 0	OCURRIÓ EL ACCID	EN	TE				
Declaro bajo jurament información que he declaración son verd certificamos que el trab	prop lader	orcionado en la pres ras y exactas. Asim	sente ismo	e derecho a las atencior o Trabajo de Riesgo para	nes d a P re	del Seguro estaciones d	Complementari e Salud que he	o de emos
		Firma y	Sell	o de la Empresa				
DADA CED LIEVAS O		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		TE /				
PARA SER LLENADO	PC	OR EL MEDICO TRAI	AN	TE (campos obligator	ios)			
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	DES	ALLID					FECHA DE LA ATENC	IÓN
	DE 0	ALOD					1	
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANT	NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE CMP							
Diagnóstico 1. 3.							CIE 10	
2. 4.								
INDICACIÓN MÉDI	$C\Delta$		$\overline{\Omega}$	REALIZADO				
ATENCIÓN		HOSPITALIZACIÓN		AMBULATORIO		ALTA		_
OBSERVACIÓN		REFERENCIA		MUERTE		/ / / / / / / / / / / / / / / / / / / /		
Quien firma y suscribe ce siguientes tópicos: veracio	ertific	del diagnóstico/correspor	nden	tos del presente formulario icia entre el diagnóstico y p	en (resci	general y, e: ipción.	specialmente, e	n los

Copia Paciente

Copia Clínica



SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA SCTR

PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA	(campos obligatorios)
---------------------------------	-----------------------

PRIMERA ATENCIÓN	CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO	
EMPRESA		
RUC	CORREO ELECTRÓNICO TELÉFONO	
1. DATOS DEL PAC	IENTE	
	. 1	
NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIEN	/
DNI	₁ M F ₁	
TIPO DE DOCUMENTO Nº	SEXO EDAD CARGO O PUESTO DE TRABAJO DEL PACIENTE	
2. DETALLE DEL AG	CCIDENTE O DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL	
FUERA DE LAS INSTAL LUGAR DE OCURRENCIA	aciones dentro las instalaciones	
/ // A/		
	RA DE ACCIDENTE EN LA LABOR HABITUAL	
3. TIPO DE ACCID		
GOLPES	CORTES CAÍDAS CONTACTO	
QUEMADURA	INTOXICACIÓN ATRAPAMIENTOS CHOQUES	
SOBRE ESFUERZO	ATROPELLO EXPOSICIÓN EVENTOS	
OTROS:		
4. FUENTE O CAU	SA DE LA LESIÓN	
CALOR	MADERA ELÉCTRICOS VIDRIO	
QUÍMICOS	METALES HERRAMIENTA MANUAL ESCALERAS	
OTROS:		
5. PARTES DEL CU	ERPO AFECTADAS (marcar con un círculo)	
6. LESIÓN O DAÑ	Ojos Orejas Nariz Boca Hombro Columna Antebrazo Codo Cadera Pelvis Pierna Ojos Cabeza Cuello Hombro Columna Antebrazo Codo Mano Pedos (de la mano) Muslo Tobillo Dedos (de los pies)	
AMPUTACIÓN	QUEMADURAS RASPADURAS FRACTURA	
CONTUSIÓN	LACERACIÓN LESIONES MÚLTIPLES LUXACIÓN	
PINCHAZO	ELECTROCUCIÓN OTROS:	

7. DESCRIBIR CÓM	0 0	CURRIÓ EL ACC	IDEN	ITE				
Declaro bajo jurament información que he declaración son verd certificamos que el traba	prop ader	orcionado en la pi as y exactas. Asi	resent imism	e derecho a las atencior o Trabajo de Riesgo para	nes d a Pre	del Seguro estaciones c	Complementário d le Salud que hem	de ios
		Firma	v Sell	o de la Empresa				
			•	·				
PARA SER LLENADO	PO	R EL MÉDICO TRA	ATAN	ITE (campos obligator	ios)			_
							1 1	_
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	DE SA	ALUD					FECHA DE LA ATENCIÓN	1
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANT	E						CMP	_
		Diagná					CIE 10	_
1.			3.					_
2.		l .	1.					_
INDICACIÓN MÉDI	CA `	Y/O PROCEDIMIE	NTO	REALIZADO				_
atención		HOSPITALIZACIÓN		AMBULATORIO		ALTA		
OBSERVACIÓN		REFERENCIA		MUERTE				<u> </u>
Quien firma y suscribe ce siguientes tópicos: veracio	ertific lad c	lel diagnóstico/corresp	onder	ntos del presente formulario ncia entre el diagnóstico y p del Médico Tratante	en resc	general y e ipción.	specialmente, en l	

Copia Clínica