

SISTEMA DE GESTIÓN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

C. A. T. I.

| | |
|--|--|
| Cumplimentar por Dirección Gerencia del Centro | <p>ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI NO VA FIRMADO Y SELLADO POR LA DIRECCIÓN DEL CENTRO.</p> <p>D/Dª Director Gerente de</p> <p>CERTIFICA a efectos de la solicitud de prestación de Incapacidad Temporal por Contingencias Profesionales, que son ciertos los datos que a continuación se consignan:</p> <p>En, a de de 20 REGISTRO DE SALIDA:</p> <p>Fdo.: Sello del Centro,</p> |
| Cumplimentar por TRABAJADOR o su representante (indicar en todo caso nombre y apellidos) | <p>Apellido 1º:..... Apellido 2º: Nombre:</p> <p>D. N. I.: Domicilio:..... Nº S.Social</p> <p>Provincia (2):..... Municipio:.....Teléfono:</p> <hr/> <p>Nombre del centro al que pertenece:.....Servicio:.....</p> <p>Responsable del Centro/Servicio:</p> <p>Tipo de Contrato (1):.....Categoría: Turno de trabajo.....</p> <p><u>DATOS DEL ACCIDENTE – INCIDENTE</u></p> <p>Lugar: Centro Trabajo Habitual: <input type="checkbox"/> Otro Centro: <input type="checkbox"/> En Misión(2): <input type="checkbox"/> In Itinere(3): <input type="checkbox"/> Tráfico: <input type="checkbox"/></p> <p>Era su Trabajo Habitual: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Posible Recaída(4) <input type="checkbox"/></p> <p>FECHA ACCIDENTE – INCIDENTE :/...../..... Hora :</p> <p>Dirección Lugar del suceso (5):.....</p> <p>Otros Afectados: Sí <input type="checkbox"/> Cuantos:..... No <input type="checkbox"/> Testigos:.....</p> <p>.....</p> <p>Descripción del Accidente/Incidente: (Descripción detallada de lo ocurrido) (6)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Lugar concreto del suceso (7):.....Acción que realizaba (8):.....</p> <p>Objeto / agente material causante del suceso (9):</p> <p>Declaro la veracidad de todos los datos aportados,</p> <p>Fdo.:</p> |
| Cumplimentar por DIRECTOR DE UGC/MANDO INTERMEDIO | <p>Apellidos.....Nombre..... Categoría.....Teléfono.....</p> <p>Puedo corroborar que los hechos que declara el trabajador son ciertos en cuanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La descripción de lo ocurrido: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - La hora en que se produjo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - El lugar en que se produjo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <p>Observaciones: Indique porqué no puede corroborar alguno o todos los aspectos anteriores:.....</p> <p>.....</p> <p>Declaro la veracidad de todos los datos aportados,</p> <p>Fdo.:</p> |

SISTEMA DE GESTIÓN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

C. A. T. I.

| | |
|--|--|
| Cumplimentar por ASISTENCIA SANITARIA | <p>Datos del Personal que efectúa la 1ª Asistencia</p> <p>Apellidos..... Nombre.....Categoría..... UGC/Servicio.....</p> <p>Fecha Asistencia..... Código de lesión⁽¹⁰⁾..... Código Parte del cuerpo afectada⁽¹⁰⁾..... Atendido en: CONSULTA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/></p> <p>Grado de la lesión : Leve: <input type="checkbox"/> Grave: <input type="checkbox"/> Muy Grave: <input type="checkbox"/> Fallecimiento: <input type="checkbox"/></p> <p>En.....a.....de.....de 20.....</p> <p>Fdo.:_____.</p> |
| Cumplimentar por MEDICO FAMILIA | <p>Médico de Familia⁽¹¹⁾: D/D.ª:.....</p> <p>Fecha Consulta..... Código de lesión..... Código Parte del cuerpo afectada.....</p> <p>Tipo Accidente: Accidente SIN BAJA <input type="checkbox"/> Accidente CON BAJA <input type="checkbox"/> RECAÍDA <input type="checkbox"/></p> <p>Grado Lesión: Leve: <input type="checkbox"/> Grave: <input type="checkbox"/> Muy Grave: <input type="checkbox"/> Fallecimiento: <input type="checkbox"/></p> <p>En.....a.....de.....de 20.....</p> <p>Fdo.:_____.</p> |

LEYENDA:

- (1) **Tipo de Contrato:** EV (eventual), IN (interino), FI (Fijo).
- (2) **En Misión:** Viajes de servicio ordenados por la Empresa.
- (3) **In Itinere:** Al ir o al volver del lugar de trabajo.
- (4) **Posible Recaída:** Se marcará cuando el accidente no sea un accidente nuevo si no que pudiera interpretarse que es una recaída de un accidente anterior.
- (5) **Dirección Lugar del suceso:** Calle, centro de trabajo, servicio, etc... donde se produjo el accidente o incidente. Si es carretera, indicar número y Km.
- (6) **Descripción del Accidente /Incidente:** Realizar una descripción detallada de lo ocurrido, los detalles son fundamentales para la certificación del accidente o para la posterior investigación del incidente.
- (7) **Lugar concreto del suceso:** Deberá indicar si era en la consulta, nº de habitación, pasillo, aseo, etc donde se produjo el accidente o incidente.
- (8) **Acción que realizaba:** Deberá indicar la tarea que realizaba en ese momento, caminar, extraer una vía, pasar un bisturí, aseo de un paciente, etc, cuando se produjo el accidente o incidente.
- (9) **Objeto / agente material causante del suceso:** Si el accidente o incidente fue producido por algún objeto o contacto, mesa, aguja, salpicadura de sangre, vehículo, etc
- (10) **Codificar al cuadro que se adjunta.**
- (11) **Médico de Familia:** En caso de efectuar además de la determinación de contingencia, la 1ª asistencia, deberá cumplimentar los dos apartados ASISTENCIA SANITARIA y MEDICO DE FAMILIA.