

SISTEMA DE GESTIÓN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

C. A. T. I.

DOCUMENTO
 CODDOC: DOC04-01
 CODPRO: PRO-04
 REVISIÓN: 6
 FECHA: 20/11/2017
 Página 1 de 2

Cumplimentar por Dirección Gerencia del Centro	ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI NO VA FIRMADO Y SELLADO POR LA DIRECCIÓN DEL CENTRO.
Cumplimentar por TRABAJADOR o su representante (indicar en todo caso nombre y apellidos)	D/D ^a Director Gerente de CERTIFICA a efectos de la solicitud de prestación de Incapacidad Temporal por Contingencias Profesionales, que son ciertos los datos que a continuación se consignan: En, a de de 20 REGISTRO DE SALIDA: Fdo.: Sello del Centro,
Cumplimentar por DIRECTOR DE UGC/MANDO INTERMEDIO	Apellido 1º:..... Apellido 2º: Nombre: D. N. I.: Domicilio:.....Nº S.Social..... Provincia (2):..... Municipio:.....Teléfono: ----- Nombre del centro al que pertenece:.....Servicio:..... Responsable del Centro/Servicio: Tipo de Contrato (1):.....Categoría: Turno de trabajo..... <u>DATOS DEL ACCIDENTE – INCIDENTE</u> 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"/> Era su Trabajo Habitual: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Posible Recaída(4) <input type="checkbox"/> FECHA ACCIDENTE – INCIDENTE :/...../..... Hora ::..... Dirección Lugar del suceso (5):..... Otros Afectados: Sí <input type="checkbox"/> Cuantos:..... No <input type="checkbox"/> Testigos:..... ----- Descripción del Accidente/Incidente: (Descripción detallada de lo ocurrido) (6) ----- ----- ----- Lugar concreto del suceso (7):.....Acción que realizaba (8):..... Objeto / agente material causante del suceso (9): Declaro la veracidad de todos los datos aportados, En.....a,.....de.....de 20..... Fdo.:
Cumplimentar por DIRECTOR DE UGC/MANDO INTERMEDIO	Apellidos.....Nombre..... Categoría.....Teléfono..... Puedo corroborar que los hechos que declara el trabajador son ciertos en cuanto a: - 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"/> Observaciones: Indique porqué no puede corroborar alguno o todos los aspectos anteriores:..... ----- Declaro la veracidad de todos los datos aportados, En.....a,.....de.....de 20..... Fdo.:

SISTEMA DE GESTIÓN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

C. A. T. I.

DOCUMENTO
 CODDOC: DOC04-01
 CODPRO: PRO-04
 REVISIÓN: 6
 FECHA: 20/11/2017
 Página 2 de 2

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, vehiculo, 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.