



Universidad Estatal a Distancia

Póliza RT 96957

Centro de Salud Ocupacional y Gestión Preventiva, Vicerrectoría Ejecutiva

Formulario para accidentes laborales de funcionarios UNED

Accidente Enfermedad Laboral Accidente no amparado

Tipo de accidente: Trabajo Presencial Teletrabajo Accidente en Trayecto

Realizado por: Elija un elemento.

Si es Administrador indique su nombre: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Fecha en la que completa esta información: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

Advertencia: la Información aquí contenida es una declaración Jurada de la descripción del accidente indicada por la persona accidentada, lo que le ocurrió, cómo, dónde y porqué, por lo que los datos brindados por el accidentando no pueden alterarse o cambiarse ya que se consideran bajo juramento y como un acto de buena fe, excepto casos excepcionales a criterio de los profesionales de Salud Ocupacional de la UNED

DATOS PERSONALES DEL LESIONADO

Nombre del accidentado Haga clic aquí para escribir texto.

Ocupación Haga clic aquí para escribir texto.

Edad Haga clic aquí para escribir texto.

Fecha de Ingreso a la UNED

Número de Cédula Haga clic aquí para escribir texto.

Estado civil casado

Sexo femenino

Dependencia para la cual labora:

Nombre de su jefe inmediato

Cuenta IBAN (requerida por el INS) Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Domicilio: Provincia: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. Cantón: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. Distrito: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Dirección de su domicilio

DATOS DEL ACCIDENTE

(complete la información solicitada en los espacios disponibles)

Indique qué hacía en ese lugar Laborar: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Fecha del accidente 05/02/2018

Hora en que ocurre el suceso Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Nombre de testigos (si los hay) Haga clic aquí para escribir texto.

Lugar: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Provincia: Haga clic o pulse aquí para escribir texto. Cantón Haga clic o pulse aquí para escribir texto. Distrito Haga clic o pulse aquí para escribir texto. Dirección exacta Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Murió en el accidente: Si No

Descripción del suceso Describa detalladamente qué lo originó o lo causó, responda a las preguntas: Qué pasó, cuándo, dónde, cómo y por qué?, partes del cuerpo afectadas)

Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Se brindaron primeros auxilios: Si No

Detalle y explique dónde y quién, además escriba si fue traslado a algún centro Hospitalario: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

Este espacio debe ser completado sólo por la persona que realiza esta investigación

Revisado por: Elija un elemento.

Fecha: Haga clic aquí para escribir una fecha.

Recomendaciones para que el evento no se repita: Haga clic aquí para escribir texto.

Responsables de la acción correctiva: Haga clic aquí para escribir texto.