

SISTEMA DE GESTIÓN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Cumplimentar por Dirección Gerencia del Centro	<p style="text-align: center; color: red;">ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI NO VA FIRMADO Y SELLADO POR LA DIRECCIÓN DEL CENTRO.</p> <p>D/D^a. 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 style="border-top: 1px dashed black;"/> <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: Otro Centro: En Misión(2): In Itinere(3): Tráfico:</p> <p>Era su Trabajo Habitual: Sí No Posible Recaída(4)</p> <p>FECHA ACCIDENTE – INCIDENTE:/...../..... Hora::.....</p> <p>Dirección Lugar del suceso (5):.....</p> <p>Otros Afectados: Sí Cuantos:..... No Testigos:.....</p> <p>.....</p> <p>Descripción del Accidente/Incidente: (Descripción detallada de lo ocurrido) (6)</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, en.....a..... de.....de 20.....</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 No - La hora en que se produjo: Sí No - El lugar en que se produjo: Sí No <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, en.....a..... de.....de 20.....</p> <p>Fdo.:</p>

Datos TRABAJADOR	<p>Datos del Trabajador:</p> <p>Apellido 1º:..... Apellido 2º: Nombre:</p>
Cumplimentar por ASISTENCIA SANITARIA	<p>Datos del Personal que efectúa la 1ª Asistencia</p> <p>Apellidos..... Nombre.....</p> <p>CategoríaUGC/Servicio.....</p> <p>Fecha Asistencia..... Código de lesión ⁽¹⁰⁾..... Código Parte del cuerpo afectada ⁽¹⁰⁾.....</p> <p>Atendido en: CONSULTA URGENCIAS HOSPITALIZADO</p> <p>Grado Lesión: (*) Leve: Grave: Muy Grave: Fallecimiento:</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 Accidente CON BAJA RECAÍDA</p> <p>Grado Lesión: Leve: Grave: Muy Grave: Fallecimiento:</p> <p>En.....a.....de.....de 20.....</p> <p>Fdo.:</p>

(*) Ante discrepancias en el apartado "Grado de Lesión", prevalecerá el criterio del Médico de Familia.

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.