

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 PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO

DNI

M | F

SEXO EDAD

CARGO O PUESTO DE TRABAJO DEL PACIENTE

2. DETALLE DEL ACCIDENTE O DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

LUGAR DE OCURRENCIA FUERA DE LAS INSTALACIONES | DENTRO LAS INSTALACIONES

LUGAR DE OCURRENCIA

FECHA DE ACCIDENTE AM PM

SÍ NO HORAS EXTRAS
EN LA LABOR HABITUAL

3. TIPO DE ACCIDENTE

GOLPES | CORTES | CAÍDAS | CONTACTO

QUEMADURA | INTOXICACIÓN | ATRAPAMIENTOS | CHOQUES

SOBRE ESFUERZO | ATROPELLO | EXPOSICIÓN | EVENTOS

OTROS:

1/4

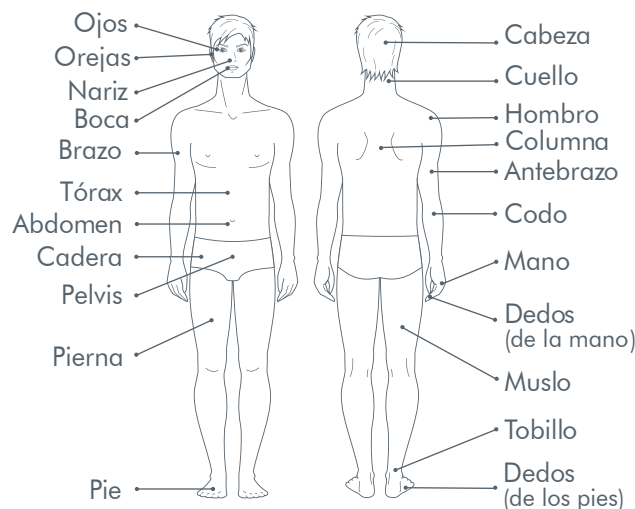
4. FUENTE O CAUSA DE LA LESIÓN

CALOR | MADERA | ELÉCTRICOS | VIDRIO

QUÍMICOS | METALES | HERRAMIENTA MANUAL | ESCALERAS

OTROS:

5. PARTES DEL CUERPO AFECTADAS (marcar con un círculo)



6. LESIÓN O DAÑO SUFRIDO

AMPUTACIÓN | QUEMADURAS | RASPADURAS | FRACTURA

CONTUSIÓN | LACERACIÓN | LESIONES MÚLTIPLES | LUXACIÓN

PINCHAZO | ELECTROCUCIÓN | OTROS:

Copia Paciente

7. DESCRIBIR CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas. Asimismo certificamos que el trabajador para el cual se solicita la

atención medica pertenece a nuestra empresa y tiene derecho a las atenciones del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para Prestaciones de Salud que hemos contratado con La Positiva S.A Entidad Prestadora de Salud.

Firma y Sello de la Empresa

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE (campos obligatorios)

| | | |
|-------------------------------------|----|----------------------|
| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD | | FECHA DE LA ATENCIÓN |
| NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE | | CMP |
| Diagnóstico | | CIE 10 |
| 1. | 3. | |
| 2. | 4. | |

INDICACIÓN MÉDICA Y/O PRECEDIMIENTO REALIZADO

| | | | | | | | |
|-------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|------|--------------------------|
| ATENCIÓN | <input type="checkbox"/> | HOSPITALIZACIÓN | <input type="checkbox"/> | AMBULATORIO | <input type="checkbox"/> | ALTA | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN | <input type="checkbox"/> | REFERENCIA | <input type="checkbox"/> | MUERTE | <input type="checkbox"/> | | |

Quien firma y suscribe certifica la autenticidad de los datos del presente formulario en general y, especialmente, en los siguientes tópicos: veracidad del diagnóstico/correspondencia entre el diagnóstico y prescripción.

Firma y Sello del Médico Tratante

2/4

Copia Paciente

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 PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO

DNI

M | F

SEXO EDAD

CARGO O PUESTO DE TRABAJO DEL PACIENTE

2. DETALLE DEL ACCIDENTE O DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL

FUERA DE LAS INSTALACIONES | DENTRO LAS INSTALACIONES

LUGAR DE OCURRENCIA

FECHA DE ACCIDENTE AM PM

SÍ NO HORAS EXTRAS
EN LA LABOR HABITUAL

3. TIPO DE ACCIDENTE

GOLPES | CORTES | CAÍDAS | CONTACTO

QUEMADURA | INTOXICACIÓN | ATRAPAMIENTOS | CHOQUES

SOBRE ESFUERZO | ATROPELLO | EXPOSICIÓN | EVENTOS

OTROS:

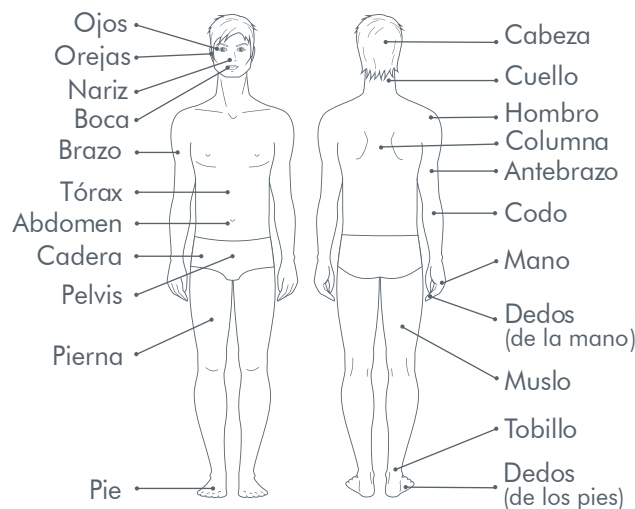
4. FUENTE O CAUSA DE LA LESIÓN

CALOR | MADERA | ELÉCTRICOS | VIDRIO

QUÍMICOS | METALES | HERRAMIENTA MANUAL | ESCALERAS

OTROS:

5. PARTES DEL CUERPO AFECTADAS (marcar con un círculo)



6. LESIÓN O DAÑO SUFRIDO

AMPUTACIÓN | QUEMADURAS | RASPADURAS | FRACTURA

CONTUSIÓN | LACERACIÓN | LESIONES MÚLTIPLES | LUXACIÓN

PINCHAZO | ELECTROCUCIÓN | OTROS:

Copia Clínica

7. DESCRIBIR CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

Declaro bajo juramento que todas las respuestas e información que he proporcionado en la presente declaración son verdaderas y exactas. Asimismo certificamos que el trabajador para el cual se solicita la

atención medica pertenece a nuestra empresa y tiene derecho a las atenciones del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para Prestaciones de Salud que hemos contratado con La Positiva S.A Entidad Prestadora de Salud.

Firma y Sello de la Empresa

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE (campos obligatorios)

| | | |
|-------------------------------------|----|----------------------|
| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD | | FECHA DE LA ATENCIÓN |
| NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE | | CMP |
| Diagnóstico | | CIE 10 |
| 1. | 3. | |
| 2. | 4. | |

INDICACIÓN MÉDICA Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO

| | | | | | | | |
|-------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|------|--------------------------|
| ATENCIÓN | <input type="checkbox"/> | HOSPITALIZACIÓN | <input type="checkbox"/> | AMBULATORIO | <input type="checkbox"/> | ALTA | <input type="checkbox"/> |
| OBSERVACIÓN | <input type="checkbox"/> | REFERENCIA | <input type="checkbox"/> | MUERTE | <input type="checkbox"/> | | |

Quien firma y suscribe certifica la autenticidad de los datos del presente formulario en general y especialmente, en los siguientes tópicos: veracidad del diagnóstico/correspondencia entre el diagnóstico y prescripción.

Firma y Sello del Médico Tratante

4/4

Copia Clínica