



DENUNCIA DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES



Accidente de Trabajo Enfermedad profesional Reingreso
Fecha de Ingreso y hora HORA: N° de Siniestro:

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social: CUIT: Contrato N° CIU:
Domicilio: Localidad: Provincia:
Cod. Postal Arg: Tel.: E-mail:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del Establecimiento de Ocurrencia del Accidente o de Detección de la Enfermedad:
Cód. de Estab. AFIP: CIU: Empresa Subcontratada : SI NO
CUIT de Ocurrencia o Detección: Domicilio:
Localidad: Provincia: C.P: Teléfono:

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellido: CUIL: Tipo y N° de Doc.:
Domicilio: Localidad: Provincia:
C. P.: Nacionalidad: Sexo: M F Fecha de nacimiento: Estado civil:
Edad: Teléfono: Celular: E-Mail:
Tarea habitual: Fecha de Ing. a la Empresa: Turno Habitual: Fijo Rotativo
Jornada habitual: de a Inicio de Jornada el día del Accidente: :
Obra Social: Se le han realizado Exámenes Periódicos S N Fecha de Último Exámen: / /
Puesto de Trabajo en el Momento del Accidente o detección de Enfermedad Profesional:
Antigüedad en esta Tarea: Días; Meses; Años. Puesto de trabajo anterior:
Mismo Empleador: SI NO Antigüedad en esta Tarea: Días; Meses; Años. Último Salario Mensual: \$

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

Fecha del Accidente: / / Hora del Accidente: : Fecha de baja laboral: / /
INITINERE: Denuncia Policial N° (Adjuntar copia). Comisaría:

ACCIDENTE DE TRABAJO

DESCRIPCIÓN DE CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE (Modo y Circunstancia en que se produjo).				
Descripción del Accidente de Trabajo				
(Ver Tabla)	Códigos	Diagnóstico		Zona del Cuerpo Afectada (Ver Tabla)
Forma del Accidente				Naturaleza de la Lesión (Ver Tabla de página 2)
Agente Material Asociado		1		
		2		
		3		

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Descripción de la Enfermedad Profesional (Ver Tablas al Dorso)						
Agente Causante (Ver Tabla)	Agente Material Asociado (Ver Tabla)	Tiempo de Exposición al Agente (en Meses)	Diagnóstico (para ser cargado por el médico de la ART)		Fecha de Diagnóstico	Zona del Cuerpo Afectada (Ver Tabla)
			1			
			2			
			3			

CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL

Centro médico al cual fue derivado el trabajador: Teléfono:
Domicilio: Localidad: Provincia:

DATOS DEL DENUNCIANTE

Apellido y nombre del denunciante: DNI:
Lugar de Denuncia: Fecha de denuncia: / /
Cargo / Parentesco del Denunciante: Teléfono:



DENUNCIA DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES



TABLA 1: FORMA DEL ACCIDENTE

101. Caídas de personas por caídas desde alturas.
102. Caídas de personas por caídas en profundidades.
201. Derrumbe (caídas de tierra, de rocas, de piedras, de nieve).
203. Caídas de objetos en curso de manutención manual.
301. Pisada Sobre objetos.
302. Choques contra objetos inmóviles.
304. Golpes por objetos móviles.
401. Atrapamiento por un objeto.
501. Esfuerzos físicos excesivos al levantar objetos.
502. Esfuerzos físicos excesivos al empujar objetos.
601. Exposición al calor (de la atmósfera o del medio ambiente de trabajo).
602. Exposición al frío (de la atmósfera o del medio ambiente de trabajo).
603. Contacto con sustancias u objetos calientes.
605. Contacto con fuego.
702. Contacto con fuente de generación o transmisión eléctrica.
801. Contacto por inhalación de sustancias química.
802. Contacto por ingestión de sustancias químicas.
902. Incendio.
903. Atropellamiento de animales.
904. Mordedura de animales.
905. Picaduras.
906. Atropellamiento por vehículo.
907. Choque de Vehículos.
909. Agresión con armas.
910. Agresión sin armas.
911. Injuria punzo-cortante o contusa involuntaria.

TABLA 2: NATURALEZA DE LA LESIÓN

- 1 Escoriaciones
- 2 Heridas punzantes
- 3 Heridas cortantes
- 5 Heridas de bala
- 7 Contusiones
- 9 Torceduras
- 10 Luxaciones
- 11 Fracturas cerradas
- 12 Amputaciones
- 14 Quemaduras
- 15 Cuerpo extraño en ojos
- 23 Esguinces
- 24 Fracturas expuestas
- 27 Perdida auditiva
- 34 Efectos de cuerpo extraño en oído
- 35 Efectos de cuerpo extraño en nariz
- 36 Efectos por picadura
- 37 Desgarro

TABLA 3: ZONA DEL CUERPO AFECTADA

- 1 Región craneana
- 2 Ojos
- 4 Oído
- 6 Boca
- 7 Nariz
- 9 Cara
- 15 Cabeza, ubicaciones múltiples
- 20 Región cervical
- 23 Tórax
- 25 Pelvis
- 30 Hombro
- 31 Brazo
- 32 Codo
- 33 Antebrazo
- 34 Muñeca
- 35 Mano
- 36 Dedos de las manos
- 40 Cadera
- 41 Muslo
- 42 Rodilla
- 43 Pierna
- 44 Tobillo
- 45 Pie
- 46 Dedos de los pies
- 126 Testículos
- 29 Tronco, ubicaciones múltiples.
- 181 Ubicaciones múltiples
- 190 Cabeza y Cuello
- 200 Miembros Superiores
- 201 Miembros Inferiores

TABLA 4: AGENTE MATERIAL ASOCIADO

- 10702 Correas, Cables, Poleas, Cadenas
- 10703 Generadores De Energía Eléctrica
- 10801 Maquinarias Para Agricultura
- 10802 Maquinarias Para Ganadería
- 10803 Tractores, Tractores Con Remolque
- 10916 Maquinarias Para El Trabajo De Metales
- 10919 Maquinarias Para La Construcción
- 31501 Cañerías De Gas, Aire, Agua, etc.
- 20001 Camiones
- 20006 Automóviles
- 20007 Motocicletas
- 20008 Bicicletas
- 30800 Cámaras (Incluye Cámaras Frigoríficas).
- 60800 Insectos, arácnidos, serpientes.
- 61000 Residuos
- 30906 Estanterías
- 60300 Árboles, Plantas, Cultivos
- 31304 Herramientas Manuales
- 31402 Andamios
- 20101 Grúas
- 40201 Polvos
- 40203 Líquidos
- 40204 Productos Químicos
- 50103 Agua
- 31006 Calderas
- 50107 Ruido
- 50108 Fuego
- 50109 Humo
- 50201 Pisos
- 50203 Escaleras
- 50205 Aberturas
- 50208 Ruido
- 50209 Agua
- 50210 Fuego
- 30901 Silos
- 60100 Arma De Fuego
- 60200 Arma Blanca
- 31001 Altos Hornos
- 60600 Animales de Cría
- 61700 Personas

SÓLO PARA DENUNCIA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

TABLA 5: AGENTES CAUSANTES

- 40036 Benceno (Res. 310/03)
- 40063 Derivados Del Fenol
- 40064 Derivados Del Petróleo
- 60001 Brucella
- 60002 Virus De La Hepatitis A
- 60003 Virus De La Hepatitis B Y C
- 60005 Mycobacterium tuberculosis
- 60006 Leptospira (Leptospirosis)
- 80004 Posiciones forzadas y gestos repetitivos (miembro superior)
- 80006 Sobrecarga en el uso de la voz
- 80011 Carga, posiciones forzadas y gestos repetitivos de la columna vertebral
- 90001 Ruido
- 90008 Vibraciones De Cuerpo Entero

TABLA 6: CÓDIGOS DE EXÁMENES

- P Examen Preocupacional
- A Ausencia Prolongada
- R Examen Periódico
- T Transferencia de Actividad
- E Examen de Egreso
- O Obra Social
- B Prestador de ART
- J Peritaje Judicial
- M Sala, CAP, Etc.
- H Hospital Público
- N Sanatorio Privado
- S Comisión Médica

IMPORTANTE: Sr. empleador, Ud. deberá denunciar el siniestro en un plazo máximo de 48 hs. hábiles de haber tomado conocimiento del mismo. (Res. S.R.T. 15/98).