

## DENUNCIA

### EMPLEADOR

Nombre de la Empresa ..... CUIT ..... Contrato N° ..... CIU .....  
 Domicilio ..... Localidad ..... Provincia .....  
 C.P. .... Tel. .... Fax ..... E-mail .....  
 Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional .....  
 Código Establecimiento ..... CIU ..... Empresa subcontratada SI  NO  CUIT ocurrencia o detección .....  
 Domicilio ..... Localidad ..... Pcia. de ocurrencia o detección ..... C.P. ....

### DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre ..... Tipo y N° de Documento .....  
 CUIL ..... Nacionalidad ..... Tel. .... Fecha Nacimiento ...../...../..... Sexo M  F   
 Domicilio ..... Localidad ..... Provincia ..... C.P. ....  
 Estado civil Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado  Unión de hecho   
 Fecha de Ing. en la empresa ...../...../..... Fecha de Ing. al establecimiento ...../...../..... Turno de trabajo habitual: Fijo  Rotativo   
 Jornada Habitual (Desde/Hasta) ..... Situación contractual ..... Fecha último examen periódico ...../...../.....  
 Obra Social ..... Reparto  Capitalización  A.F.J.P. ....  
 Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional ..... Antigüedad .....  
 Puesto de trabajo anterior ..... Antigüedad .....

### INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

Descripción del accidente y sus consecuencias: .....

ACCIDENTE DE TRABAJO  ENFERMEDAD PROFESIONAL   
 En el trabajo  En otro centro o lugar de trabajo  Al ir o al volver del trabajo  Desplazamiento en día laboral  Otro

#### ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha ...../...../..... Horario de la jornada el día del accidente ..... Hora Accidente .....  
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral ...../...../..... ¿Realizaba una tarea habitual al accidentarse? SI  NO   
 Ocurrencia del accidente: Calle: ..... N°: ..... C.P.: ..... Localidad: ..... Provincia: .....  
 Agente Material Asociado 

--	--	--	--

 Diagnóstico 

1			
---	--	--	--

2			
---	--	--	--

3			
---	--	--	--

  
 Naturaleza de la lesión 

1			
---	--	--	--

2			
---	--	--	--

3			
---	--	--	--

  
 Forma del Accidente 

--	--	--

 Zona del Cuerpo Afectada 

1		
---	--	--

2		
---	--	--

3		
---	--	--

#### ENFERMEDAD PROFESIONAL

Descripción de la EP	Agente Material Asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo de exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (ver tabla)	Fecha de inicio de la inasistencia laboral
<b>Agente Causante 1</b> (ver tabla)	Diagnóstico 1					
	Diagnóstico 2					
	Diagnóstico 3					
<b>Agente Causante 2</b> (ver tabla)	Diagnóstico 1					
	Diagnóstico 2					
	Diagnóstico 3					
<b>Agente Causante 3</b> (ver tabla)	Diagnóstico 1					
	Diagnóstico 2					
	Diagnóstico 3					

#### LA ENFERMEDAD SE DETECTÓ EN (Códigos de Detección de la Enfermedad):

Examen	Código	Descripción	Código	Descripción	Código	Descripción	Código
Examen Preocupacional	P	Ausencia prolongada	A	Sanatorio Privado	N	Peritaje Judicial	J
Examen Periódico	R	Transferencia de puesto de trabajo	T	Hospital Público	H	Comisión Médica	S
Examen de Egreso	E	Obra Social	O	Consulta en Ámb. Púb. no Hospit.	M	Prestación ART	B

Centro Asistencial ..... Domicilio .....  
 Localidad ..... Provincia ..... C.P. .... Tel. ....  
 Accidente en itinere según Denuncia policial N° ..... (Adjuntar Copia) Comisaría .....

Lugar y Fecha

Firma, aclaración y DNI del Denunciante

LAS TABLAS MENCIONADAS ESTÁN DISPONIBLES EN LA WEB: [www.prevencionart.com.ar](http://www.prevencionart.com.ar)

Ruta Nacional N° 34 | Km. 257 | 2322 Sunchales | Santa Fe | Tel.: (03493) 428600 - 0800 5555 ART (278) | Fax: 0 800 888 3297 | [www.prevencionart.com.ar](http://www.prevencionart.com.ar) | [info@prevencionart.com.ar](mailto:info@prevencionart.com.ar)

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por (según corresponda) "Sancor Seguros coop. Limitada, Prevención ART o Grupo S.S. S.A." (responsable de Bases de Datos). Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a la Dirección Nacional de Datos Personales: [www.jus.gov.ar/dnmdpnew](http://www.jus.gov.ar/dnmdpnew), <http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx>

En caso de no haber asistido a un prestador determinado en la Red de Prevención, le solicitamos nos envíe Historia Clínica completa correspondiente al accidente denunciado.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE LA FORMA DE ACCIDENTE
<b>100</b>	<b>Caidas de personas</b>
101	Caidas de personas con desnivelación por caídas desde alturas (árboles, edificios, andamios, escaleras, máquinas de trabajo, vehículos)
102	Caidas de personas con desnivelación por caídas en profundidades (pozos, fosos, excavaciones, aberturas en el suelo)
103	Caidas de personas que ocurren al mismo nivel
104	Caída de personas al agua
<b>200</b>	<b>Caidas de objetos</b>
201	Derrumbe (caídas de masas de tierra, de rocas, de piedras, de nieve)
202	Desplome (de edificios, de muros, de andamios, de escaleras, de pilas de mercancías)
203	Caidas de objetos en curso de mantenimiento manual
204	Caidas de objetos mobiliarios (artefactos de luz, ventanas, marcos, bibliotecas, etc)
205	Otras caídas de objetos no incluidos en epígrafes anteriores de este apartado
<b>300</b>	<b>Pisadas sobre, choques contra, o golpes por objetos, a excepción de caídas de objetos</b>
301	Pisadas sobre objetos
302	Choques contra objetos inmóviles (a excepción de choques debidos a una caída anterior)
303	Choque contra objetos móviles
304	Golpes por objetos móviles (comprendidos los fragmentos volantes y las partículas), a excepción de los golpes por objetos que caen
<b>400</b>	<b>Atrapamiento por un objeto o entre objetos</b>
401	Atrapamiento por un objeto
402	Atrapamiento entre un objeto inmóvil y un objeto móvil
403	Atrapamiento entre dos objetos móviles (a excepción de los objetos volantes o que caen)
<b>500</b>	<b>Esfuerzos excesivos</b>
501	Esfuerzos físicos excesivos al levantar objetos
502	Esfuerzos físicos excesivos al empujar objetos
503	Esfuerzos físicos excesivos al tirar de objetos
504	Esfuerzos físicos excesivos al manejar objetos
505	Esfuerzos físicos excesivos al lanzar objetos

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE LA FORMA DE ACCIDENTE
<b>600</b>	<b>Exposición a, o contacto con, temperaturas extremas</b>
601	Exposición al calor (de la atmósfera o del ambiente de trabajo)
602	Exposición al frío (de la atmósfera o del ambiente de trabajo)
603	Contacto con sustancias u objetos calientes
604	Contacto con sustancias u objetos muy fríos
605	Contacto con fuego
<b>700</b>	<b>Exposición a, o contacto con, la corriente eléctrica</b>
701	Exposición a la corriente eléctrica (tierra húmeda, agua o ambiente con vapor que transmita electricidad)
702	Contacto directo con fuente de generación o transmisión de corriente eléctrica
<b>800</b>	<b>Exposición a, o contacto con, sustancias nocivas o radiaciones</b>
801	Contacto por inhalación de sustancias químicas
802	Contacto por ingestión de sustancias químicas
803	Contacto por absorción cutánea de sustancias químicas
804	Contacto con agentes biológicos (absorción, inhalación)
805	Exposición a radiaciones ionizantes
806	Exposición a otras radiaciones
807	Inoculación de agentes biológicos (por pinchazo, heridas cortantes)
<b>900</b>	<b>Otras formas de accidente, no clasificadas bajo otros epígrafes, incluidos aquellos accidentes no clasificados por falta de datos suficientes</b>
901	Explosión o implosión
902	Incendio
903	Atropellamiento de animales
904	Mordedura de animales
905	Picaduras
906	Atropellamiento por vehículo
907	Choque de Vehículos
908	Fallas en los mecanismos para trabajos hiperbáricos
909	Agresión con armas
910	Agresión sin armas
911	Injuria punzo-cortante o contusa involuntaria
999	Otras Formas de Accidente no incluidas en la presente Codificación

**Sr. Empleador en caso de accidente siga estas instrucciones:**



Traslade al accidentado al Centro Asistencial de **PREVENCIÓN A.R.T.** más próximo con los 2 últimos ejemplares del presente formulario (duplicado, triplicado).



Anticipe inmediatamente vía fax (antes de las 48 Hs.) al 0-800-888-3297 el original del presente formulario.



Remita el mismo a **PREVENCIÓN A.R.T.** por el medio más seguro y ágil.



Solicite a nuestro prestador médico el triplicado del presente formulario y consérvelo como informe médico y constancia de atención.



# INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL



## DENUNCIA

### EMPLEADOR

Nombre de la Empresa ..... CUIT ..... Contrato N° ..... CIU .....  
 Domicilio ..... Localidad ..... Provincia .....  
 C.P. .... Tel. .... Fax ..... E-mail .....  
 Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional .....  
 Código Establecimiento ..... CIU ..... Empresa subcontratada SI  NO  CUIT ocurrencia o detección .....  
 Domicilio ..... Localidad ..... Pcia. de ocurrencia o detección ..... C.P. ....

### DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre ..... Tipo y N° de Documento .....  
 CUIL ..... Nacionalidad ..... Tel. .... Fecha Nacimiento ...../...../..... Sexo M  F   
 Domicilio ..... Localidad ..... Provincia ..... C.P. ....  
 Estado civil Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado  Unión de hecho   
 Fecha de Ing. en la empresa ...../...../..... Fecha de Ing. al establecimiento ...../...../..... Turno de trabajo habitual: Fijo  Rotativo   
 Jornada Habitual (Desde/Hasta) ..... Situación contractual ..... Fecha último examen periódico ...../...../.....  
 Obra Social ..... Reparto  Capitalización  A.F.J.P. ....  
 Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional ..... Antigüedad .....  
 Puesto de trabajo anterior ..... Antigüedad .....

### INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

Descripción del accidente y sus consecuencias: .....

ACCIDENTE DE TRABAJO  ENFERMEDAD PROFESIONAL   
 En el trabajo  En otro centro o lugar de trabajo  Al ir o al volver del trabajo  Desplazamiento en día laboral  Otro

#### ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha ...../...../..... Horario de la jornada el día del accidente ..... Hora Accidente .....  
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral ...../...../..... ¿Realizaba una tarea habitual al accidentarse? SI  NO   
 Ocurrencia del accidente: Calle: ..... N°: ..... C.P.: ..... Localidad: ..... Provincia: .....  
 Agente Material Asociado 

--	--	--	--

 Diagnóstico 1 

--	--	--	--

 2 

--	--	--	--

 3 

--	--	--	--

  
 Naturaleza de la lesión 1 

--	--	--	--

 2 

--	--	--	--

 3 

--	--	--	--

  
 Forma del Accidente 

--	--	--

 Zona del Cuerpo Afectada 1 

--	--	--

 2 

--	--	--

 3 

--	--	--

#### ENFERMEDAD PROFESIONAL

	Descripción de la EP	Agente Material Asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo de exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (ver tabla)	Fecha de inicio de la inasistencia laboral
<b>Agente Causante 1</b>	Diagnóstico 1						
(ver tabla)	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
<b>Agente Causante 2</b>	Diagnóstico 1						
(ver tabla)	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
<b>Agente Causante 3</b>	Diagnóstico 1						
(ver tabla)	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						

#### LA ENFERMEDAD SE DETECTÓ EN [Códigos de Detección de la Enfermedad]:

Examen Preocupacional	P	Ausencia prolongada	A	Sanatorio Privado	N	Peritaje Judicial	J
Examen Periódico	R	Transferencia de puesto de trabajo	T	Hospital Público	H	Comisión Médica	S
Examen de Egreso	E	Obra Social	O	Consulta en Ámb. Púb. no Hospit.	M	Prestación ART	B

Centro Asistencial ..... Domicilio .....  
 Localidad ..... Provincia ..... C.P. .... Tel. ....  
 Accidente in itinere según Denuncia policial N° ..... (Adjuntar Copia) Comisaría .....

Lugar y Fecha

Firma, aclaración y DNI del Denunciante

LAS TABLAS MENCIONADAS ESTÁN DISPONIBLES EN LA WEB: [www.prevencionart.com.ar](http://www.prevencionart.com.ar)

Ruta Nacional N° 34 | Km. 257 | 2322 Sunchales | Santa Fe | Tel.: (03493) 428600 - 0800 5555 ART (278) | Fax: 0 800 888 3297 | [www.prevencionart.com.ar](http://www.prevencionart.com.ar) | [info@prevencionart.com.ar](mailto:info@prevencionart.com.ar)

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por (según corresponda) "Sancor Seguros coop. Limitada, Prevención ART o Grupo S.S. S.A." (responsable de Bases de Datos). Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a la Dirección Nacional de Datos Personales: [www.jus.gov.ar/dnmdpnew/http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx](http://www.jus.gov.ar/dnmdpnew/http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx)

En caso de no haber asistido a un prestador determinado en la Red de Prevención, le solicitamos nos envíe Historia Clínica completa correspondiente al accidente denunciado.

# INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL



## DENUNCIA

### EMPLEADOR

Nombre de la Empresa ..... CUIT ..... Contrato N° ..... CIU .....  
 Domicilio ..... Localidad ..... Provincia .....  
 C.P. .... Tel. .... Fax ..... E-mail .....  
 Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional .....  
 Código Establecimiento ..... CIU ..... Empresa subcontratada SI  NO  CUIT ocurrencia o detección .....  
 Domicilio ..... Localidad ..... Pcia. de ocurrencia o detección ..... C.P. ....

### DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre ..... Tipo y N° de Documento .....  
 CUIL ..... Nacionalidad ..... Tel. .... Fecha Nacimiento ...../...../..... Sexo M  F   
 Domicilio ..... Localidad ..... Provincia ..... C.P. ....  
 Estado civil Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado  Unión de hecho   
 Fecha de Ing. en la empresa ...../...../..... Fecha de Ing. al establecimiento ...../...../..... Turno de trabajo habitual: Fijo  Rotativo   
 Jornada Habitual (Desde/Hasta) ..... Situación contractual ..... Fecha último examen periódico ...../...../.....  
 Obra Social ..... Reparto  Capitalización  A.F.J.P. ....  
 Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional ..... Antigüedad .....  
 Puesto de trabajo anterior ..... Antigüedad .....

### INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

Descripción del accidente y sus consecuencias: .....

ACCIDENTE DE TRABAJO  ENFERMEDAD PROFESIONAL   
 En el trabajo  En otro centro o lugar de trabajo  Al ir o al volver del trabajo  Desplazamiento en día laboral  Otro

#### ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha ...../...../..... Horario de la jornada el día del accidente ..... Hora Accidente .....  
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral ...../...../..... ¿Realizaba una tarea habitual al accidentarse? SI  NO   
 Ocurrencia del accidente: Calle: ..... N°: ..... C.P.: ..... Localidad: ..... Provincia: .....  
 Agente Material Asociado 

--	--	--	--	--

 Diagnóstico 1 

--	--	--	--	--

 2 

--	--	--	--	--

 3 

--	--	--	--	--

  
 Naturaleza de la lesión 1 

--	--	--	--	--

 2 

--	--	--	--	--

 3 

--	--	--	--	--

  
 Forma del Accidente 

--	--	--	--

 Zona del Cuerpo Afectada 1 

--	--	--	--

 2 

--	--	--	--

 3 

--	--	--	--

#### ENFERMEDAD PROFESIONAL

	Descripción de la EP	Agente Material Asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo de exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (ver tabla)	Fecha de inicio de la inasistencia laboral
<b>Agente Causante 1</b>	Diagnóstico 1						
(ver tabla)	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
<b>Agente Causante 2</b>	Diagnóstico 1						
(ver tabla)	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
<b>Agente Causante 3</b>	Diagnóstico 1						
(ver tabla)	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						

#### LA ENFERMEDAD SE DETECTÓ EN [Códigos de Detección de la Enfermedad]:

Examen Preocupacional	P	Ausencia prolongada	A	Sanatorio Privado	N	Peritaje Judicial	J
Examen Periódico	R	Transferencia de puesto de trabajo	T	Hospital Público	H	Comisión Médica	S
Examen de Egreso	E	Obra Social	O	Consulta en Ámb. Púb. no Hospit.	M	Prestación ART	B

Centro Asistencial ..... Domicilio .....  
 Localidad ..... Provincia ..... C.P. .... Tel. ....  
 Accidente in itinere según Denuncia policial N° ..... (Adjuntar Copia) Comisaría .....

Lugar y Fecha

Firma, aclaración y DNI del Denunciante

LAS TABLAS MENCIONADAS ESTÁN DISPONIBLES EN LA WEB: [www.prevencionart.com.ar](http://www.prevencionart.com.ar)

Ruta Nacional N° 34 | Km. 257 | 2322 Sunchales | Santa Fe | Tel.: (03493) 428600 - 0800 5555 ART (278) | Fax: 0 800 888 3297 | [www.prevencionart.com.ar](http://www.prevencionart.com.ar) | [info@prevencionart.com.ar](mailto:info@prevencionart.com.ar)

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por (según corresponda) "Sancor Seguros coop. Limitada, Prevención ART o Grupo S.S. S.A." (responsable de Bases de Datos). Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a la Dirección Nacional de Datos Personales: [www.jus.gov.ar/dnppnew/http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx](http://www.jus.gov.ar/dnppnew/http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx)

En caso de no haber asistido a un prestador determinado en la Red de Prevención, le solicitamos nos envíe Historia Clínica completa correspondiente al accidente denunciado.