

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE ACCIDENTE DEL TRABAJO FATAL Y GRAVE

Fecha de la Notificación: _____

Marque con una cruz el tipo de accidente	
<input type="checkbox"/>	Accidente Fatal
<input type="checkbox"/>	Accidente Grave
Para identificar si el accidente es grave utilice la guía de condiciones operacionales que define si un accidente es grave (ver esta guía que está en la página final de este formulario).	

I. Datos de la Entidad Empleadora

1. Nombre Empresa o Razón Social: Campo obligatorio		
2. Rut Empresa:		
3. Dirección Casa Matriz: Campo obligatorio	<i>(Calle, N°)</i>	
	<i>Comuna</i>	<i>Región</i>
4. Teléfono Casa Matriz: Campo obligatorio	<i>Código Área</i>	<i>Número</i>

II. Datos del Accidente

Nombre del o los Accidentados:		
Fecha del Accidente: Campo obligatorio	<i>Día/mes/año</i>	<i>Hora del Accidente:</i>
	<i>(Calle, N°)</i>	
Dirección Lugar del Accidente: Campo obligatorio	<i>Comuna</i>	<i>Región</i>
	<i>Código Área</i>	<i>Número</i>

III. Breve descripción de Accidente

Señale a lo menos la actividad que se encontraba realizando el trabajador, cómo se produjo el accidente y la lesión que provocó.

Campo obligatorio

IV. Datos del o los Trabajadores(as) Fallecidos

Nombre del o los trabajadores(as) fallecidos:	RUN <i>Nº CI</i>	EDAD	SEXO <i>(H/M)</i>	FECHA DEFUNCIÓN	LUGAR DEFUNCIÓN <i>Indique 1,2,3,4 o especifique otro lugar</i>

Para identificar el lugar de la defunción, Indique alguna de estas opciones:

Lugar de defunción:

1. Muerte en la faena,
2. Muerte durante el traslado al centro asistencial,
3. Muerte en la atención pre hospitalaria,
4. Muerte en la atención de urgencia, las primeras horas de hospitalización
5. Muerte en otro lugar: Indique Cual _____

En caso de que haya trabajadores extranjeros fallecidos:

Nombre del o los trabajadores(as) fallecidos:	Nº de pasaporte u otro Nº identificador

IV. Datos del Informante

Nombre <i>Campo obligatorio</i>	
RUN/CI <i>Campo obligatorio</i>	
Cargo <i>Campo obligatorio</i>	

V. Organismo Administrador al que se encuentra adherida o afiliada la empresa

Marque con una "x" el nombre que corresponde

- ISL, Instituto de Seguridad Laboral
- Mutual Cámara Chilena de la Construcción (CCHC)
- Mutual ACHS
- Mutual IST
- Administrador delegado (Codelco u otro) Indique cual: _____

**SECCIÓN DE USO EXCLUSIVO DEL ORGANISMO ADMINISTRADOR
DEL SEGURO LEY N°16744**

Nombre del responsable:	
RUN/CI de responsable:	
Correo electrónico de responsable	
Teléfono de contacto de responsable	

SECCIÓN COMENTARIOS ASOCIADOS AL CASO:

Cuando la entidad empleadora realice acciones que impidan las funciones del organismo administrador, como por ejemplo negarse a firmar los documentos que le son requeridos o no realizar y/o no facilitar información del proceso de investigación del accidente fatal o grave, el organismo administrador deberá registrar dichas acciones.

Marque con una "x" la acción que corresponda a lo realizado por la entidad empleadora

- Se negó a firmar los documentos que le son requeridos
- No realizó y/o no facilitó información del proceso de investigación del accidente fatal o grave

Identificación de quien completa esta Notificación

Nombre y Apellidos:

Firma:

Fecha:

GUÍA

Condiciones operacionales que permiten identificar Accidentes de Trabajo Graves

Identifique si la menos una de estas condiciones correspondió al accidente:

- Provocó, en el lugar del accidente, la amputación o pérdida de cualquier parte del cuerpo. pérdida de un ojo; la pérdida total o parcial del pabellón auricular; la pérdida de parte de la nariz, con o sin compromiso óseo; la pérdida de cuero cabelludo y el desforramiento de dedos o extremidades, con y sin compromiso óseo.
- Obligó a realizar maniobras de reanimación (revertir paro cardiorespiratorio, recuperar o mantener las constantes vitales del organismo).
- Obligó a realizar maniobras de rescate
- Ocurrió por caída de altura de más de 1.8 metros
- Ocurrió en condiciones hiperbáricas
- Involucró una cantidad de trabajadores que afectó las faenas