



AU08-2012-06276

ANEXO 4

Formulario de Notificación de Accidente del Trabajo Grave - Amputación traumática

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE ACCIDENTE DEL TRABAJO
GRAVE - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA**

Organismo Administrador:			
Fecha de la Notificación:			
I. Datos del Accidentado			
Nombre:			
Rut:			
Edad:		Sexo (F/M):	
Fecha del Accidente:		Hora del Accidente:	
Dirección del Accidente:	<i>(Calle, N°)</i>		
	<i>Comuna</i>		<i>Región</i>

II Datos de la Entidad Empleadora

Nombre Empresa o Razón Social:			
Rut Empresa:			
Dirección Casa Matriz:	<i>(Calle, N°)</i>		
	<i>Comuna</i>		<i>Región</i>
Teléfono Casa Matriz:	<i>Código Área</i>	<i>Número</i>	

Si el accidente ocurrió en alguna sucursal u oficina señale la dirección y teléfono

Dirección de la Sucursal u Oficina	<i>(Calle, N°)</i>		
	<i>Comuna</i>		<i>Región</i>
Teléfono Sucursal u Oficina	<i>Código Área</i>	<i>Número</i>	

III. Breve descripción del evento

Señale a lo menos la actividad que se encontraba realizando el trabajador, el mecanismo del accidente, tipo de lesión, etc.

--

Señale la parte del cuerpo amputada:

--

IV. Institución que Notifica

Nombre Institución:			
Persona que Notifica:			
Teléfono:	<i>Código Área</i>	<i>Número</i>	