

Orientaciones de Accidentes Escolares para los estudiantes de pre y postgrado Universidad de Valparaíso.

En relación a los accidentes escolares es preciso señalar que éstos corresponden a toda lesión que sufre un alumno con ocasión o/a causa de su actividad escolar, incluyendo los Accidentes de trayecto habitual o desarrollo de prácticas e internados.

Para hacer valer el seguro escolar se deben seguir los siguientes pasos:

1.- Al ingreso al campo clínico, práctica o pasantía, cada alumno debe portar cuatro copias de la Declaración Individual de Accidente Escolar (DIAE). El cual debe estar llenado en los ítem A y B, además de venir firmado por la Asistente Social de la Facultad o quien designe la escuela. Dicho documento debe ser portado por todos los estudiantes, en todo momento como documento personal.

2.- En caso de accidente debe acudir al hospital público más cercano para su atención y presentar las DIAE en la admisión de Urgencias.

3.- Despues de la Atención medica correspondiente y una vez que la Declaración Individual de Accidente se encuentre completa por el médico tratante, el documento debe ser presentado al Encargado de Accidentes escolares del servicio público de salud (ubicado en el mismo hospital). Cabe destacar que para la validación de la DIAE debe venir con todos los datos completados, ahí radica la importancia de que el documento ya venga con la firma de la facultad a la que pertenece el estudiante.

4.- En el Ítem C del formulario “Circunstancia del Accidente” señalar, nombre de la Actividad Escolar al momento de la lesión, en caso de golpe señalar que se trató de una situación casual e involuntaria, ya que el Seguro Escolar No cubre Agresiones, Autoagresiones, ni Enfermedades Comunes.

5.- La Encargada de Accidentes Escolares es la responsable de distribuir la DIAE:

³⁵₁₇ Hoja Original para SNS (Queda en poder de Encargada Accidentes Escolares).

³⁵₁₇ Copia 1 para el Alumno + Hoja de Atención de Urgencia + Rayos, Resultados de Exámenes, etc. Equivale a Póliza Seguro Escolar.

³⁵₁₇ Copia 2 para Establecimiento Educacional (Copia para seguimientos, registros estadísticos y prevención).

³⁵₁₇ Copia 3 COMPIN En los casos de solicitud de reembolso por gastos médicos, Recetas, trasladados, Insumos Ortopédicos indicados por médico, en hoja de atención o en receta correctamente emitida a nombre del alumno.

A considerar:

- ³⁵ ₁₇ Se solicita anotar el RUT del estudiante en algún espacio de la hoja, ya que ésta no lo incluye. Además en el ítem C el tipo de accidente no considera prácticas, si este fuese el motivo de accidente, se solicita indicarlo.
- ³⁵ ₁₇ El trámite de la DIAE se debe realizarse el mismo día del accidente o lo antes posible, para que se haga efectiva la gratuidad y cobertura de prestaciones de salud, dejando al alumno exento de pago, hasta su completa recuperación y alta médica.
- ³⁵ ₁₇ Este trámite administrativo lo puede realizar un familiar o tercero que represente al alumno.
- ³⁵ ₁₇ Si el alumno porta su DIAE y sufre un accidente en ausencia de Tutor o Profesor Guía, será el jefe institucional, docente asistencial quien estará facultado para completar el ítem C “Circunstancia en que ocurrió el Accidente” a fin de resguardar la atención clínica inmediata del alumno garantizado su Acceso y Oportunidad.

Se adjunta declaración Individual de Accidentes Escolares.



Nº

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

Antes de registrar los datos lea las instrucciones al reverso

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

FISCAL O
MUNICIPAL = 1
PARTICULAR = 2

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CIUDAD	COMUNA			
CURSO	HORARIO	FECHA REGISTRO de los DATOS <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES M = 1 <input type="checkbox"/> AÑO NACIMIENTO <input type="text"/> F = 2 <input type="checkbox"/> EDAD <input type="text"/>			
RESIDENCIA HABITUAL:					
CALLE	NUMERO	POBLACION/VILLA	COMUNA	CIUDAD	<input type="text"/> CODIF. COM.

C. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE (FECHA, HORA Y DIA DE LA SEMANA EN QUE SE ACCIDENTO)

HORA <input type="text"/> MIN. <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA <input type="text"/> <input type="text"/>	TESTIGOS: (EN CASO DE TRAYECTO)		
DIA ACCIDENTE LUNES = 1 MARTES = 2 MIERCOLES = 3 JUEVES = 4 VIERNES = 5 SABADO = 6 DOMINGO = 7	ACCIDENTE: DE TRAYECTO = 1 EN LA ESCUELA = 2	<input type="checkbox"/>	a) _____ NOMBRE - APELLIDO			C. NAC. DE ID.
		<input type="checkbox"/>	b) _____ NOMBRE - APELLIDO			C. NAC. DE ID.

CIRCUSNTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBA COMO OCURRIO - CAUSAL)

FIRMA Y TIMBRE

RECTOR O REPRESENTANTE

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE		S S ESTABLEC. CODIGO <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>				
S O L O E S T A B L E C I M I E N T O A S I S T E N C I A L	ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL					
	DIAGNOSTICO MEDICO					
	PARTE DEL CUERPO AFECTADA	HOSPITALIZACION SI = 1 NO = 2 <input type="checkbox"/>	TOTAL DIAS HOSP.	INCAPACIDAD SI = 1 NO = 2 <input type="checkbox"/>	TOTAL DIAS INCAPACIDAD	
		ABANDONO DE <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	TIPO DE INCAPACIDAD LEVE = 1 TEMPORAL = 2 INVALIDEZ PARCIAL = 3 INVALIDEZ TOTAL = 4 GRAN INVALIDEZ = 5 MUERTE = 6	CAUSA DE CIERRE DEL CASO ALTA MEDICA = 1 INVALIDEZ = 2 ABANDONO DE <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO = 3 MUERTE = 4	FECHA CIERRE DEL CASO <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> MES <input type="text"/> DIA			
						FIRMA DEL ESTADISTICO

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL FORMULARIO 0374-3

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR N° _____

Se llevará una numeración correlativa anual del Establecimiento. De igual forma lo hará el Servicio de Salud, Servicio Delegado, Caja de Previsión o Mutual desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de cada año.

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

- Anotar el nombre del Establecimiento Educativo, la ciudad en que está ubicado y la comuna a que pertenece.
- Anotar en el cuadro el número 1 si el Establecimiento es fiscal o municipal, y un 2 si es particular.
- Indicar el curso. Nivel de Enseñanza (Básico, Medio, Universitario) y Horario de clases (Diurno, Vespertino, Nocturno)
- Señalar fecha en que se registraron los datos (Día, Mes, Año)

B. INDIVIDUALIZACION DEL ACCIDENTADO

- Nombre: Indicar Apellido Paterno, Materno y Nombres del Accidentado.
- Sexo: Marque en el cuadro con un 1 si es masculino o un 2 si es femenino.
- Año de Nacimiento: Señale los dos últimos dígitos del año de nacimiento del accidentado.
- Edad: Anote los años cumplidos a la fecha del accidente.
- Residencia Habitual: Indicar el domicilio del accidentado: Calle, Número, Población o Villa, Comuna, Ciudad.

C. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE

- Señale la Hora y Minutos. Año, Mes y Día en que se produjo el Accidente, en los recuadros correspondientes.
- Día accidente: Anotar en el recuadro el número que corresponda al día de la semana en que se produjo el accidente.
- Accidente: Anotar en el recuadro un 1 si el accidente fue trayecto o 2 si fue en la Escuela.
- En caso de ser accidente de trayecto, señale a dos testigos (a, b) con sus respectivos números de Cédula de Identidad.
- Circunstancias del Accidente: Precise el sitio y anote si se debió a golpe con o por; golpe contra, caída a diferentes niveles, contactos con, atrapamientos, debido a exposición, sobreesfuerzo, u otros.
- Firma y timbre del rector o representante del establecimiento educativo, EVITANDO TAPAR CASILLEROS DE CODIFICACION O DATOS CONSIGNADOS

Para ser llenado por Establecimiento Asistencial.

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

- Establecimiento Asistencial: Indica el Nombre del Establecimiento
- Código del Servicio: Anotar el número del Servicio de Salud al que pertenece, y el código del Establecimiento. (Ejemplo: Hospital Curicó se codifica 16-100)
- Diagnóstico Médico: Anote todos los diagnósticos consignados por el Médico tratante que tenga relación con la Actividad del Accidentado.
- Codificación: CODIFICAR EL DIAGNÓSTICO
- Parte del cuerpo afectada: De responsabilidad del Médico tratante, anotar parte del cuerpo afectado
- Hospitalización: Anotar en el cuadro un 1 si se hospitalizó el accidentado o un 2 si No se hospitaliza
- Total días Hosp.: Si hospitalización fue = 1 anotar en recuadros el número de días de hospitalización. Para calcular TOTAL DIAS HOSP., se debe sacar la diferencia entre fecha de Egreso y fecha de Ingreso al hospital
- Incapacidad: Anotar en el recuadro 1 si estuvo Incapacitado el accidente o un 2 en caso contrario
- Total Días Incapacidad: Si Incapacidad fue = 1 anotar en el recuadro el número de días de incapacidad otorgados por el médico
- Tipo de Incapacidad: En el recuadro coloque el número que corresponda al tipo de Incapacidad
- Causa de Cierre del Caso: En el recuadro coloque el número que corresponda a la causa de cierre del Caso
- Fecha de Cierre del Caso: Coloque en los recuadros correspondientes DIA, MES Y AÑO en que se cerró el Caso
- Firma del estadístico para conformidad de los datos, EVITANDO TAPAR CASILLEROS DE CODIFICACION O DATOS CONSIGNADOS.