

OFICINA PRINCIPAL

Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima, Perú
 t (511) 213 7373. f (511) 2433131
 sctrsalud@mapfreperu.com
 www.mapfreperu.com

Formato N° 1**solicitud de atención médica por accidente de trabajo**

Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Salud

PRIMERA ATENCIÓN (ACCIDENTE) CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO (CONTROL)

CODIFICACIÓN S124

sctrsalud

DATOS DE LA EMPRESA

RAZÓN SOCIAL	RUC
DIRECCIÓN	TELÉFONO
E-MAIL	N° CONTRATO

DATOS PERSONALES DEL ACCIDENTADO

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NAC:
DIRECCIÓN	DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°
AREA DE TRABAJO	PUESTO QUE OCUPA

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA	HORA	LUGAR	DENTRO DE EMPRESA <input type="checkbox"/>	FUERA DE EMPRESA <input type="checkbox"/>
-------	------	-------	--	---

DESCRIBA BREVEMENTE COMO Y PORQUÉ OCURRIÓ EL ACCIDENTE:

Declaración Jurada: Declaramos que la información dada anteriormente está de acuerdo con la verdad y que no se ha omitido ni ocultado ningún dato. Asimismo, certificamos que el trabajador para el cual se solicita la atención médica pertenece a nuestra empresa y tiene derecho a los beneficios del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para Prestaciones de Salud, que hemos contratado con **MAPFRE PERU EPS**

APELLIDOS Y NOMBRES DEL REPORTANTE	FECHA	FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA
CARGO		

CERTIFICACIÓN MÉDICA

CENTRO ASISTENCIAL	FECHA ATENCIÓN	HORA		
TIPO ASISTENCIA	HOSPITALARIA <input type="checkbox"/>	AMBULATORIA <input type="checkbox"/>	PARTE CUERPO LESIONADA (Ver reverso TABLA 1)	NATURALEZA LESION (Ver Reverso TABLA 2)
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CIE 10			
OTROS DIAGNÓSTICOS	CIE 10			
INDICACIÓN MÉDICA Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO				

LAS LESIONES SUFRIDAS PUEDEN ATRIBUIRSE AL ACCIDENTE DE TRABAJO INDICADO EN ESTA SOLICITUD	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	GRADO LESION PRESUNTA	LEVE <input type="checkbox"/>	MODERADA <input type="checkbox"/>	GRAVE <input type="checkbox"/>	MUERTE <input type="checkbox"/>
INCAPACITADO PARA EL TRABAJO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TIEMPO PROBABLE DE INCAPACIDAD	DESTINO PACIENTE (Ver Reverso TABLA 3)			
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TIPO CIRUGÍA				
REHABILITACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TIPO TERAPIA	N° SESIONES / TIEMPO PROBABLE			
APARATOS ORTOPÉDICOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUE (TIEMPO Y TIPO)				
OBSERVACIONES GENERALES							

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MÉDICO TRATANTE	CMP
---	-----

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

Este formato N° 1 es el único documento a presentar para atención médica por accidente de trabajo del SCTR, además del DNI del trabajador. Posteriormente a la atención médica, la Entidad Empleadora deberá completar el formato N° 2 de Denuncia de accidente de trabajo, remitiéndolo en el plazo máximo de 24 horas vía Fax: 213-9143, E-mail: sctrsalud@mapfreperu.com, Oficinas MAPFRE o Vía Internet: <http://www.mapfreperu.com/intranet/login.asp>

Solicitud de atención médica por accidente de trabajo

tablas

TABLA 1: PARTE DEL CUERPO LESIONADA

201	REGIÓN CRANEANA (CRÁNEO CUERO CABELLUDO)	230	HOMBRO (INCL. DE CLAVÍCULAS, OMÓPLATO Y AXILA)	249	MIEMBRO INFERIOR, UBICACIONES MÚLTIPLES
202	OJOS (INCL. DE LOS PÁRPADOS, LA ÓRBITA Y EL NERVIJO)	231	BRAZO	250	APARATO CARDIOVASCULAR EN GENERAL
206	BOCA (CON INCLUSIÓN DE LABIOS, DIENTES Y LENGUA)	232	CODO	270	APARATO RESPIRATORIO EN GENERAL
209	CARA (UBICACIÓN NO CLASIFICADA EN OTRO EPÍGRAFE)	233	ANTEBRAZO	280	APARATO DIGESTIVO EN GENERAL
210	NARIZ Y SENOS PARANASALES	234	MUÑECA	300	SISTEMA NERVIOSO EN GENERAL
212	APARATO AUDITIVO	235	MANO (CON EXCEPCIÓN DE LOS DEDOS SOLOS)	333	MAMAS
215	CABEZA, UBICACIONES MÚLTIPLES	236	DEDOS DE LAS MANOS	334	APARATO GENITAL EN GENERAL
216	CUELLO	239	MIEMBRO SUPERIOR, UBICACIONES MÚLTIPLES	335	APARATO URINARIO EN GENERAL
220	REGIÓN CERVICAL	240	CADERA	340	SISTEMA HEMATOPOYÉTICO EN GENERAL
221	REGIÓN DORSAL	241	MUSLO	350	SISTEMA ENDOCRINO EN GENERAL
222	REGIÓN LUMBOSACRA (COLUMNA VERT. Y MÚSCULOS)	242	RODILLA	360	PIE (SOLO AFECIONES DÉRMICAS)
223	TÓRAX (COSTILLAS, ESTERNÓN)	243	PIERNA	370	SISTEMA LINFÁTICO EN GENERAL
224	ABDÓMEN (PARED ABDOMINAL)	244	TOBILLO	380	APARATO PSÍQUICO EN GENERAL
225	PELVIS	245	PIE (CON EXCEPCIÓN DE LOS DEDOS SOLOS)	381	UBICACIONES MÚLTIPLES (COMPROMISO DE DOS O MÁS ZONAS AFECTADAS)
229	TRONCO, UBICACIONES MÚLTIPLES	246	DEDOS DE LOS PIES		

TABLA 2: NATURALEZA DE LA LESIÓN

401	ESCORIACIONES	410	LUXACIONES	419	EFFECTOS DE LA ELECTRICIDAD
402	HERIDAS PUNZANTES	411	FRACTURAS	420	EFFECTOS DE LA RADIACIONES
403	HERIDAS CORTANTES	412	AMPUTACIONES	421	DISFUNCIONES ORGÁNICAS
404	HERIDAS CONTUSAS	413	GANGRENAS	422	LUMBALGIAS
405	HERIDAS DE BALA	414	QUEMADURAS	423	HERNIAS DISCALES
406	PERDIDA DE TEJIDOS	415	CUERPO EXTRAÑO EN OJOS	424	CONJUNTIVITIS
407	CONTUSIONES	416	ENUCLEACIÓN (PERDIDA OCULAR)	425	EXPOSICIÓN AL MEDIO AMBIENTE
408	TRAUMATISMOS INTERNOS	417	INTOXICACIONES	426	DERMATITIS
409	TORCEDURAS Y ESGUINCES	418	ASFIXIA	499	OTROS (ELABORAR INFORME ESPECIAL)

TABLA 3: DESTINO PACIENTE

601	DOMICILIO	603	CONSULTA AMBULATORIA (CONTROL)	605	SALA OBSERVACIONES
602	HOSPITALIZACIÓN	604	TRASLADO OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD		

OFICINA PRINCIPAL

Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Lima, Perú
 t (511) 213 7373, f (511) 2433131
 sctrsalud@mapfreperu.com
 www.mapfreperu.com

Formato N° 1



solicitud de atención médica por accidente de trabajo

Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo - Salud

PRIMERA ATENCIÓN (ACCIDENTE)

CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO (CONTROL)

CODIFICACIÓN S124

asist

DATOS DE LA EMPRESA

RAZÓN SOCIAL	RUC
DIRECCIÓN	TELÉFONO
E-MAIL	N° CONTRATO

DATOS PERSONALES DEL ACCIDENTADO

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NAC: / /
DIRECCIÓN	DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°
AREA DE TRABAJO	PUESTO QUE OCUPA

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA	HORA	LUGAR	DENTRO DE EMPRESA <input type="checkbox"/>	FUERA DE EMPRESA <input type="checkbox"/>
-------	------	-------	--	---

DESCRIBA BREVEMENTE COMO Y PORQUÉ OCURRIÓ EL ACCIDENTE:

Declaración Jurada: Declaramos que la información dada anteriormente está de acuerdo con la verdad y que no se ha omitido ni ocultado ningún dato. Asimismo, certificamos que el trabajador para el cual se solicita la atención médica pertenece a nuestra empresa y tiene derecho a los beneficios del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo para Prestaciones de Salud, que hemos contratado con MAPFRE PERU EPS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL REPORTANTE	FECHA	FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA
CARGO		

CERTIFICACIÓN MÉDICA

CENTRO ASISTENCIAL	FECHA ATENCIÓN	HORA
TIPO ASISTENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> AMBULATORIA <input type="checkbox"/>	PARTE CUERPO LESIONADA (Ver reverso TABLA 1)	NATURALEZA LESION (Ver Reverso TABLA 2)
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	CIE 10	
OTROS DIAGNÓSTICOS	CIE 10	
INDICACIÓN MÉDICA Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO		

LAS LESIONES SUFRIDAS PUEDEN ATRIBUIRSE AL ACCIDENTE DE TRABAJO INDICADO EN ESTA SOLICITUD	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	GRADO LESION PRESUNTA	LEVE <input type="checkbox"/>	MODERADA <input type="checkbox"/>	GRAVE <input type="checkbox"/>	MUERTE <input type="checkbox"/>
INCAPACITADO PARA EL TRABAJO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TIEMPO PROBABLE DE INCAPACIDAD	DESTINO PACIENTE (Ver Reverso TABLA 3)			
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TIPO CIRUGÍA				
REHABILITACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TIPO TERAPIA	N° SESIONES / TIEMPO PROBABLE			
APARATOS ORTOPÉDICOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUE (TIEMPO Y TIPO)				

OBSERVACIONES GENERALES

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MÉDICO TRATANTE	CMP
---	-----

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

solicitud de atención médica por accidente de trabajo

PRIMERA ATENCIÓN (ACCIÓN)

Formulario Complementario de Trabajo de Resaca - Catur

CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO (CONTROL)

tablas

TABLA 1: PARTE DEL CUERPO LESIONADA

201	REGIÓN CRANEANA (CRÁNEO CUERO CABELLUDO)	230	HOMBRO (INCL. DE CLAVÍCULAS, OMÓPLATO Y AXILA)	249	MIEMBRO INFERIOR, UBICACIONES MÚLTIPLES
202	OJOS (INCL. DE LOS PÁRPADOS, LA ÓRBITA Y EL NERVIJO)	231	BRAZO	250	APARATO CARDIOVASCULAR EN GENERAL
206	BOCA (CON INCLUSIÓN DE LABIOS, DIENTES Y LENGUA)	232	CODO	270	APARATO RESPIRATORIO EN GENERAL
209	CARA (UBICACIÓN NO CLASIFICADA EN OTRO EPÍGRAFE)	233	ANTEBRAZO	280	APARATO DIGESTIVO EN GENERAL
210	NARIZ Y SENOS PARANASALES	234	MUÑECA	300	SISTEMA NERVIOSO EN GENERAL
212	APARATO AUDITIVO	235	MANO (CON EXCEPCIÓN DE LOS DEDOS SOLOS)	333	MAMAS
215	CABEZA, UBICACIONES MÚLTIPLES	236	DEDOS DE LAS MANOS	334	APARATO GENITAL EN GENERAL
216	CUELLO	239	MIEMBRO SUPERIOR, UBICACIONES MÚLTIPLES	335	APARATO URINARIO EN GENERAL
220	REGIÓN CERVICAL	240	CADERA	340	SISTEMA HEMATOPOYÉTICO EN GENERAL
221	REGIÓN DORSAL	241	MUSLO	350	SISTEMA ENDOCRINO EN GENERAL
222	REGIÓN LUMBOSACRA (COLUMNA VERT. Y MÚSCULOS)	242	RODILLA	360	PIE (SOLO AFECCIONES DÉRMICAS)
223	TÓRAX (COSTILLAS, ESTERNÓN)	243	PIERNA	370	SISTEMA LINFÁTICO EN GENERAL
224	ABDÓMEN (PARED ABDOMINAL)	244	TOBILLO	380	APARATO PSÍQUICO EN GENERAL
225	PELVIS	245	PIE (CON EXCEPCIÓN DE LOS DEDOS SOLOS)	381	UBICACIONES MÚLTIPLES (COMPROMISO DE DOS O MÁS ZONAS AFECTADAS)
229	TRONCO, UBICACIONES MÚLTIPLES	246	DEDOS DE LOS PIES		

TABLA 2: NATURALEZA DE LA LESION

401	ESCORIACIONES	410	LUXACIONES	419	EFECTOS DE LA ELECTRICIDAD
402	HERIDAS PUNZANTES	411	FRACTURAS	420	EFECTOS DE LA RADIACIONES
403	HERIDAS CORTANTES	412	AMPUTACIONES	421	DISFUNCIONES ORGÁNICAS
404	HERIDAS CONTUSAS	413	GANGRENAS	422	LUMBALGIAS
405	HERIDAS DE BALA	414	QUEMADURAS	423	HERNIAS DISCALES
406	PERDIDA DE TEJIDOS	415	CUERPO EXTRAÑO EN OJOS	424	CONJUNTIVITIS
407	CONTUSIONES	416	ENUCLEACIÓN (PERDIDA OCULAR)	425	EXPOSICIÓN AL MEDIO AMBIENTE
408	TRAUMATISMOS INTERNOS	417	INTOXICACIONES	426	DERMATITIS
409	TORCEDURAS Y ESGUINCES	418	ASFIXIA	499	OTROS (ELABORAR INFORME ESPECIAL)

TABLA 3: DESTINO PACIENTE

601	DOMICILIO	603	CONSULTA AMBULATORIA (CONTROL)	605	SALA OBSERVACIONES
602	HOSPITALIZACIÓN	604	TRASLADO OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD		