

ALGUNOS CONCEPTOS INTRODUCTORIOS

ELEMENTOS DE UN ACCIDENTE

En TODO accidente interactúan 3 elementos:

1. Agente: es el objeto peligroso o mecanismo que lo produce.
2. Medio: es la situación o circunstancia física o social en que se produce.
3. Accidentado: es quien lo sufre.

¿QUÉ ES UN RIESGO?

La OMS define la salud como "El estado de equilibrio físico, mental y social de un individuo". Teniendo en cuenta esta definición, los riesgos son aquellas situaciones dentro del lugar de trabajo o su entorno que pueden romper ese equilibrio.

COMPORTAMIENTO PREVENTIVO

La base de toda acción preventiva consiste en localizar aquellas condiciones de trabajo y del entorno que pueden ocasionar o derivar en accidentes o daños para la salud, es decir en identificar los "riesgos" a los que el trabajador pudiera estar expuesto.

¿A QUE TIPO DE RIESGOS PUEDE EL TRABAJADOR ESTAR EXPUESTO?

Los riesgos más comunes que se encuentran presentes dentro del ámbito laboral son:

- ✓ Caídas de altura, por ejemplo de sillas o escaleras.
- ✓ Caídas a un mismo nivel por pisos defectuosos.
- ✓ Golpes por cajones abiertos, mobiliario mal dispuesto.
- ✓ Cortes con elementos filosos o guillotinas.
- ✓ Sobreesfuerzos por traslado incorrecto de cargas.
- ✓ Dolores de columna vertebral por mala postura.
- ✓ Lesiones por uso inadecuado de armarios, sillas, mesas o estantes.
- ✓ Traumatismos por inadecuada distribución del espacio físico para la realización de tareas.
- ✓ Cortaduras y pinchaduras por objetos punzantes o filosos.
- ✓ Resbalones, tropiezos y caídas por pisos lisos, desiguales, encerados; por alfombras levantadas o deterioradas.
- ✓ Disfonías, disfonías crónicas, nódulos de cuerdas vocales por sobreesfuerzos o incorrecto uso de la voz.
- ✓ Algunas enfermedades infecto-contagiosas por incumplimiento de medidas higiénicas.

¿CÓMO SE PUEDEN PREVENIR LOS ACCIDENTES?

Tomando una actitud proactiva hacia la prevención:

- ✓ Examinando críticamente los lugares de trabajo.
- ✓ Identificando cuáles pueden ser los sistemas, elementos o equipos que encierren peligros potenciales.
- ✓ Modificando individualmente comportamientos que impliquen riesgos para sí mismo o para terceros.

INSTRUCTIVO PARA LA ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

¿QUÉ ES UN ACCIDENTE DE TRABAJO?

SE CONSIDERA ACCIDENTE DE TRABAJO A TODO ACONTECIMIENTO SÚBITO Y VIOLENTO OCURRIDO POR EL HECHO O EN OCASIÓN DEL TRABAJO O EN EL TRAYECTO ENTRE EL DOMICILIO DEL TRABAJADOR Y EL LUGAR DE TRABAJO O VICEVERSA, SIEMPRE Y CUANDO EL DAMNIFICADO NO HUBIERE INTERRUMPIDO O ALTERADO DICHO TRAYECTO POR CAUSAS AJENAS AL TRABAJO.

EL TRABAJADOR PODRÁ DECLARAR POR ESCRITO ANTE EL EMPLEADOR, Y ÉSTE DENTRO DE LAS 72 HORAS ANTE EL ASEGURADOR, QUE EL ITINERE SE MODIFICA POR RAZONES DE ESTUDIO, CONCURRENCIA A OTRO EMPLEO O ATENCIÓN DE FAMILIAR DIRECTO ENFERMO Y NO CONVIVIENTE, DEBIENDO PRESENTAR EL PERTINENTE CERTIFICADO A REQUERIMIENTO DEL EMPLEADOR DENTRO DE LOS 3 DÍAS HÁBILES DE REQUERIDO.

¿CÓMO ACTUAR ANTE UN ACCIDENTE DE TRABAJO?

FRENTE A UN ACCIDENTE, TODO EMPLEADOR DEBE SEGUIR DOS PASOS:

*DERIVAR INMEDIATAMENTE AL ACCIDENTADO A UN PRESTADOR MÉDICO DE LA ASEGURADORA.

*DENUNCIAR EL ACCIDENTE ANTE LA ASEGURADORA.

PUEDEN DARSE DISTINTAS SITUACIONES:

- 1. ACCIDENTES EN EL LUGAR DE TRABAJO.**
- 2. ACCIDENTES EN VÍA PÚBLICA EN OCASIÓN DEL TRABAJO.**
- 3. ACCIDENTES IN ITINERE.**

ACCIDENTES LEVES EN EL LUGAR DE TRABAJO

1. COMPLETAR FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA Y ENTREGÁRSELO AL DAMNIFICADO.
2. INDICARLE A QUÉ PRESTADOR MÉDICO CONCURRIR.
3. COMPLETAR EN TODOS SUS PUNTOS EL FORMULARIO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE Y ENVIAR POR FAX A LA ASEGURADORA, DENTRO DE LAS 24 HORAS DE CONOCIDO EL HECHO Y SEGÚN CORRESPONDA :

CASA CENTRAL 0800-999-1829 CÓDIGO 112

DELEGACIONES

LA PLATA 0221-4890115/0310/0627

MAR DEL PLATA 0223-4992100/01/08
BAHÍA BLANCA 0291-4552872/73
ROSARIO 0341-4400278

4. REMITIR FORMULARIO DE DENUNCIA ORIGINAL (CASA CENTRAL O DELEGACIONES) DENTRO DE LAS 72 HORAS DE OCURRIDO EL HECHO (REQUISITO OBLIGATORIO).
5. REMITIR SIEMPRE COPIA DE LOS FORMULARIOS A LA DIRECCIÓN DE CONDICIONES LABORALES Y ASUNTOS GREMIALES.

ACCIDENTES GRAVES EN EL LUGAR DE TRABAJO:

1. NO DERIVAR AL PACIENTE A CUALQUIER CENTRO MÉDICO.
2. LLAMAR AL SERVICIO DE COORDINACIÓN DE EMERGENCIAS MÉDICAS (C. E. M.) 0800-333-1333, QUIÉN LE DARÁ LAS INSTRUCCIONES A SEGUIR.
3. COMPLETAR LA SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA Y ENTREGARLA AL PRESTADOR MÉDICO INDICADO.
4. COMPLETAR EL FORMULARIO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE Y ENVIAR POR FAX A LA ASEGURADORA DENTRO DE LAS 24 HORAS DE CONOCIDO EL HECHO, SEGÚN CORRESPONDA CASA CENTRAL O DELEGACIÓN.
5. REMITIR FORMULARIO DE DENUNCIA ORIGINAL (CASA CENTRAL O DELEGACIONES) DENTRO DE LAS 72 HORAS DE OCURRIDO EL HECHO (REQUISITO OBLIGATORIO).
6. REMITIR SIMPRE COPIA DE LOS FORMULARIOS A LA DIRECCIÓN DE CONDICIONES LABORALES Y ASUNTOS GREMIALES.

Tanto en los casos de accidentes leves o graves in itinere y/o en la vía pública en ocasión del trabajo, se deberá acompañar exposición Civil realizada en la dependencia municipal o Juzgado de Paz u organismo correspondiente al domicilio de ocurrencia del mismo.

ACCIDENTES IN ITINERE Y/O EN VÍA PÚBLICA EN OCASIÓN DEL TRABAJO:

LEVES: DERIVAR INMEDIATAMENTE AL TRABAJADOR AL CENTRO MÉDICO AFILIADO A LA RED DE PROVINCIA A.R.T. MÁS CERCAÑO.

GRAVES: UNA AMBULANCIA TRASLADARÁ AL PACIENTE A LA INSTITUCIÓN MÁS CERCANA AL LUGAR DEL ACCIDENTE.

1. **SI EL CENTRO MÉDICO AL QUE EL ACCIDENTADO FUE DERIVADO PERTENECE A LA RED DE PROVINCIA A.R.T., SE DEBE COMPLETAR LA SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA Y ENTREGARLA EN EL CENTRO DONDE ESTÁ SIENDO ATENDIDO O SE ENCUENTRA INTERNADO EL TRABAJADOR.**
2. **SI EL CENTRO MÉDICO AL QUE EL ACCIDENTADO FUE DERIVADO NO PERTENECE A LA RED DE PROVINCIA A.R.T. DEBERÁ INFORMAR AL CENTRO MÉDICO QUE EL TRABAJADOR ESTÁ ASEGURADO EN PROVINCIA A. R. T. - DICHO CENTRO PROCEDERÁ A TRAMITAR EL TRASLADO DEL PACIENTE A UN CENTRO ASISTENCIAL DE PROVINCIA A. R. T. - SE COMUNICARÁ CON EL C. E. M. , EL CUAL DERIVARÁ A UN PRESTADOR MÉDICO DE LA ASEGURADORA.**
3. **COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA CON LOS DATOS DEL CENTRO (NOMBRE, DOMICILIO, TELÉFONO) EN QUE ESTÁ INTERNADO O**

ASISTIDO Y ENVIARLO EN FORMA URGENTE A PROVINCIA A.R.T. (EN MANO, POR FAX AL 0800-999-1829 CÓDIGO 111 O POR CORREO CERTIFICADO).

4. COMPLETAR EL FORMULARIO DE DENUNCIA Y ENVIAR POR FAX A LA ASEGURADORA (CASA CENTRAL O DELEGACIONES) DENTRO DE LAS 24 HORAS DE CONOCIDO EL HECHO.


5. REMITIR EL FORMULARIO DE DENUNCIA ORIGINAL (CASA CENTRAL O DELEGACIONES) DENTRO DE LAS 72 HORAS DE OCURRIDO EL HECHO (REQUISITO OBLIGATORIO).

6. REMITIR SIMPRE COPIA DE LOS FORMULARIOS A LA DIRECCIÓN DE CONDICIONES LABORALES Y ASUNTOS GREMIALES.

CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA

La Solicitud de Asistencia Médica es el formulario mediante el cual el empleador solicita al prestador médico que de asistencia sanitaria al trabajador. El prestador enviará personalmente, por correo o por fax copia de la solicitud a Provincia ART. Para ello existe un servicio de envío y recepción automático de faxes al que se accede llamando al 0800-999-1829 e ingresando el código 111. Para obtener una solicitud en blanco, el empleador puede llamar al (011) 4819-2888 e ingresar el código 311, o bien descargarlo de la página web www.provinciart.com.ar, o solicitarlo en cualquiera de nuestras sucursales.

A continuación detallamos los distintos campos que integran el formulario, y la información que debe constar en cada uno de ellos.

		SOLICITUD DE ASISTENCIA MEDICA				<small>CERTIFICADO A.R.T.</small> OTR	
DATOS DEL EMPLEADOR							
Nombre o Razón Social			C.U.I.T. N°		Contr N°	Teléfono	Fax
DOMICILIO							
Calle	N° Puerta	Piso	Dto.	Cód Postal	Localidad	Provincia	País
				()			

DATOS DEL EMPLEADOR

- **Razón social:** Nombre del organismo al cual pertenece el accidentado.
- **CUIT:** Número de CUIT del organismo al cual pertenece el accidentado (ver recibo de sueldo).
- **Numero de Contrato: 46882**
- **Domicilio:** Domicilio del organismo al cual pertenece el accidentado.
- **Provincia:** Nombre de la provincia del organismo al cual pertenece el accidentado.
- **Teléfono:** Número de teléfono del organismo al cual pertenece el accidentado.

ROGAMOS PRESTEN ASISTENCIA SANITARIA AL TRABAJADOR DE ESTA EMPRESA.

DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO									
Apellido y Nombre			CUIL	D.N.I.	L.C.	L.E.	C.I.	Pas	Número
Fecha Nacimiento	Calle	N° Puerta	Piso	Dto.	Cód Postal	Localidad	Provincia	País	
					()				
Teléfono			Horario habitual que cumple el trabajador						
			De hs a hs						

DATOS DEL EMPLEADO

- **Apellido y nombre:** Apellido y nombre del accidentado.
- **CUIL/DNI:** Tachar el tipo de documento que no corresponda e indicar su número. Preferentemente indicar el CUIL.

- **Fecha de nacimiento:** Fecha en que nació el accidentado.
- **Domicilio:** Calle, número de puerta, localidad, código postal, provincia, país donde reside el accidentado.
- **Teléfono:** N° de teléfono del accidentado.
- **Horario habitual que cumple el trabajador:** Indicar horario de inicio y fin de la jornada laboral habitual.

DATOS DEL ACCIDENTE			
Fecha accidente		Hora acc.	Ocupación al momento del accidente
CUIT de la empresa donde ocurrió el accidente (si fuera distinto al del empleador): - - (este dato es OBLIGATORIO para personal eventual y/o de servicio).			
TIPO DE ACCIDENTE			
De trabajo	In itinere	Enf. Prof.	Descripción del accidente:

DATOS DE ACCIDENTE

- **Fecha del accidente y hora:** detalle del día en que ocurrió el accidente y del horario en que el mismo ha ocurrido.
- **Que ha sufrido un accidente de trabajo:** Indicar hora y fecha en que ocurrió el accidente.
- **Ocupación en el momento del accidente:** Tarea que realizaba el accidentado en el momento del accidente.
- **Tipo de Accidente:** Marcar con una cruz el tipo de accidente: de trabajo, in itinere y/o enfermedad profesional.
- **Detalle del accidente, descripción del mismo:** Descripción breve de cómo ocurrió el accidente, o que síntomas presenta de recaída del accidente.

PRESTADOR AL QUE FUE DERIVADO		
Apellido y Nombre o Razón Social	Domicilio	Teléfono

PRESTADOR AL QUE FUE DERIVADO

- **Datos del Prestador:** al que fue derivado el trabajador, nombre o razón social, domicilio, teléfono.

FECHA SOLICITUD	Firma autorizada por la empresa y Aclaración

Fecha de la solicitud: Fecha en que es presentada la solicitud de asistencia medica.

Firma autorizada por la empresa: Firma y aclaración de la persona autorizada en el establecimiento.

CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE INFORME DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD PROFESIONAL


Una vez procurada la atención médica, el empleador tiene la obligación legal de informar a Provincia ART acerca de todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que afecte a sus empleados. Para ello, debe completar el **Formulario de Informe de Accidente o Enfermedad Profesional** provisto por Provincia ART. El Formulario debe estar firmado por el responsable de recursos humanos, el jefe o supervisor del accidentado, o cualquier otra persona de la empresa con autoridad suficiente para realizar estas comunicaciones.

El Formulario puede enviarse al servicio de envío y recepción automático de faxes al número 0800-999-1829 código 112. Para obtener un formulario en blanco, puede llamar al (011) 4819-2888 e ingresar el código 312, o bien descargarlo de la página web www.provinciart.com.ar, o solicitarlo en cualquiera de las sucursales. Asimismo le recordamos

que es requisito obligatorio presentar el formulario de denuncia original ante Provincia ART (casa central o alguna de las sucursales) dentro de las 72 horas.

A continuación detallamos los distintos campos que integran el formulario, y la información que debe constar en cada uno de ellos.

TIPO DE SINIESTRO

		INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL		Reservado ART
DENUNCIA				DEN
ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	ACC. IN ITÍNERE <input type="checkbox"/>	FECHA SINIESTRO <input type="text"/>	
En el trabajo <input type="checkbox"/>	En otro centro o lugar de trabajo <input type="checkbox"/>	Al ir o al volver del trabajo <input type="checkbox"/>	Desplazamiento en día laboral <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Reagravamiento Caso Anterior <input type="checkbox"/>	Fecha de Reagravamiento <input type="text"/>	Siniestro Múltiple <input type="checkbox"/>		

Marcar con una cruz la opción correspondiente.

- **Enfermedad profesional:** Aquellas que se producen como consecuencia de la realización de las tareas laborales. Proceso generalmente lento, paulatino, gradual que se instala en la salud del trabajador hasta traducirse en un resultado incapacitante. Toda aquella que sea motivada por la ocupación en que se emplee al trabajador.
- **Accidente de trabajo:** Se considera accidente de trabajo todo hecho súbito y violento que ocurra en ocasión de trabajo.
- **Accidente in itinere:** Los ocurridos entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo o viceversa, siempre y cuando el trabajador no modifique o altere el trayecto por causas ajenas al trabajo.
- **Fecha del Siniestro:** Fecha en la cual sucedió el accidente (dd/mm/aa).
- **En el trabajo:** El accidente se produjo dentro del ámbito laboral.
- **En otro centro o lugar de trabajo:** Se refiere a alguna dependencia del mismo empleador. Ejemplo: Caso de un agente que se dirige a la Secretaría de Inspección u otro Organismo dependiente de la DGCYE, por razones de servicio y se accidenta en ese lugar.
- **Al ir o volver:** Se refiere al accidente in itinere.
- **Desplazamiento en día laboral:** dentro del horario de trabajo y por razones de servicio.
- **Reagravamiento caso anterior:** Cuando un trabajador sufrió un accidente, obtuvo el alta y luego tuvo una recaída del mismo accidente. Fecha del reagravamiento o de la recaída.
- **Siniestro Múltiple:** Cuando más de un trabajador resultó accidentado en el mismo hecho.

DATOS DEL EMPLEADOR

DATOS DEL EMPLEADOR			
RAZÓN SOCIAL <input type="text"/>	CUIT <input type="text"/>	Contrato N° <input type="text"/>	CIU <input type="text"/>

Dirección:.....Nº:.....Piso:.....Of:.....

Código Postal:.....Localidad:.....Provincia:.....

Teléfono:.....Fax:.....Mail:.....

Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional:.....

..... Código del Establecimiento..... CIU:.....

Empresa Subcontratada SÍ NO CUIT Ocurrencia o detección:.....

Calle:.....Nº:.....Localidad:.....

Provincia de ocurrencia o detección:Código Postal:.....

- **Nombre o razón social:** Nombre del organismo al cual pertenece el accidentado.
- **CUIT:** Número de CUIT del organismo al cual pertenece el accidentado (ver recibo de sueldo).
- **Contr N°:** Número de contrato que fue dado por Provincia ART al organismo.

- **CIUO:** reservado para la ART.
- **Dirección:** domicilio del Organismo al cual pertenece el accidentado.
- **Teléfono:** Número de teléfono del organismo al cual pertenece el accidentado.
- **Fax:** Número de Fax del organismo.
- **Mail:** Mail del organismo.
- **Nombre del establecimiento:** Donde ocurrió el accidente o se manifestó la enfermedad profesional.
- **Código del establecimiento:** reservado ART
- **Empresa Subcontratada:** No completar.
- **CUIT Ocurrencia:** No completar.
- **Domicilio Ocurrencia:** Calle, Localidad, Provincia, Código Postal

DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

DATOS DEL TRABAJADOR		DNI	LE	LC	CI	Pas
Apellido y Nombre	<input type="text"/>	Documento				
Nº de CUIL:.....	Fecha de Nacimiento:...../...../.....	Sexo:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Nacionalidad:.....	
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Unión Hecho
Calle:.....						
Nº.....	Piso:.....	Dto:.....	Localidad:.....	Código Postal:.....	Provincia:.....	
Tel.:.....	F. de Ingreso a la Empresa:...../...../.....	Remuneración a la F. del Accidente	Sueldo \$			
		Jornal \$				
Turno de Trabajo Habitual	<input type="checkbox"/> Fijo Diurno	<input type="checkbox"/> Fijo Nocturno	<input type="checkbox"/> Rotativo	Jornada Habitual de:	Hs. Hasta:	Mano Hábil
				Hs.	Hs.	Izq. Der.
				Hs.	Hs.	
Situación Contractual:.....	F. de último examen periódico:.....					
Obra Social:.....	<input type="checkbox"/> Reparto	<input type="checkbox"/> Capitalización	AFJP:.....			
Puesto de Trabajo en el momento del accidente o detección de la Enfermedad Profesional:	CIUO:.....					
Antigüedad al momento del diagnóstico:	Puesto de Trabajo Anterior (CIUO):.....	Antigüedad:.....				
Otro empleador al momento del Accidente o Enf. Profesional <input type="checkbox"/>	Razón Social:.....					

- **Apellido y nombre:** Apellido y nombre del accidentado.
- **Número de documento, DNI, LC, LE, CI, Pas:** Marcar con una cruz tipo de documento del accidentado.
- **CUIL:** Indicar el Número
- **Fecha de nacimiento:** Fecha en que nació el accidentado
- **Sexo:** Masculino o femenino (tachar con cruz el que no corresponda).
- **Nacionalidad:** Nacionalidad del accidentado
- **E. Civil:** Tachar con una cruz lo que no corresponde: Casado, Soltero, Divorciado, viudo, separado, unión de hecho.
- **Domicilio:** Se refiere al que el trabajador ha informado a su empleador. Calle, nº puerta, localidad, código postal, provincia, país donde reside el accidentado. *Este dato se utilizará posteriormente si resulta necesario enviarle alguna comunicación (carta documento) o un vehículo para traslados.*
- **Teléfono:** Nº de teléfono del accidentado. *Este dato se utilizará posteriormente para coordinar traslados o avisar turnos si correspondiera.*
- **Ingreso empresa:** Fecha en que el accidentado ingresó al establecimiento.
- **Remuneración a la fecha del accidente, Sueldo/jornal:** Sueldo o jornal en bruto. *Este dato se utilizará posteriormente si corresponde calcular una indemnización.*
- **Turno de trabajo habitual:** En que horario trabaja habitualmente (Día, Noche, rotativo).
- **Jornada habitual:** Horario en el cual el trabajador se encuentra al servicio de su empleador.
- **Mano hábil:** marcar con una cruz.
- **Situación contractual:** Se refiere a la situación que revista el trabajador.
- **Fecha de último examen periódico:** Se refiere al último examen médico realizado por el empleador. Acompaña

- **Obra social.**
- **Régimen Jubilatorio:** Marcar con una cruz el régimen jubilatorio según corresponda. Reparto (estado); capitalización (AFJP). En caso de régimen de capitalización indicar nombre de AFJP. *Este dato se utilizará posteriormente si corresponde pagar algunas indemnizaciones puntuales.*
- **Puesto que ocupa:** Tarea que realiza el accidentado.
- **C.I.U.O:** Reservado para completar por Provincia ART
- **Antigüedad al momento del diagnóstico:** antigüedad en ese cargo o tarea (Que puede diferir de la antigüedad docente).
- **Antigüedad:** Cuanto tiempo lleva el accidentado prestando servicio en la DGCEY (indicar días, meses o años según corresponda)
- **Otro empleador:** Caso de doble ocupación. Marcar con una cruz.
- **Razón social:** Nombre del otro empleador.

DATOS DEL ACCIDENTE o ENFERMEDAD PROFESIONAL

ACCIDENTE DE TRABAJO

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

Hora del Accidente:.....Hs. Horario de la Jornada el día del accidente: de.....Hs.Hasta..... Fecha de Inicio de Inasist. Laboral:...../...../.....

Domicilio de Ocurrencia del Accidente:

Est. Propio	<input type="checkbox"/>
Otro Lugar	<input type="checkbox"/>

 Calle:.....Nº de Puerta:.....Código Postal:.....

Localidad:.....Provincia:.....

Descripción del Accidente y sus Consecuencias:

.....

Códigos de Lesión (Ver Tablas) Accidente de Tránsito SÍ NO Gravedad Presunta: LEVE GRAVE MORTAL

Agente Material Asociado

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 Diagnóstico 1

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 2

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 3

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Naturaleza de la lesión 1

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 2

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 3

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Forma del Accidente

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

 Zona del Cuerpo Afectada 1

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

 2

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

 3

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Agente Causante (AC) (ver tabla)	Descripción de la EP	Agente material Asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada (ver tabla)	Tiempo de exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Fecha de Inicio de la Inasistencia Laboral	Forma de diagnóstico (completar según *)
AC 1	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
AC 2	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
AC 3	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						

* La Enfermedad se detectó en (Códigos de formas de diagnóstico)

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

Centro Asistencial:.....Domicilio:.....Código Postal:.....Localidad:.....Tel.:.....

Accidente in Itiner:.....Denuncia Policial Nº:.....(Adjuntar copia) Comisaría:.....

Lugar

Fecha de Confección de Formulario

Firma, Aclaración y DNI del Denunciante

LAS TABLAS MENCIONADAS ESTÁN DISPONIBLES EN www.provinciart.com.ar

- **Hora Acc.:** Hora en que ocurrió el accidente.
- **Horario de la jornada laboral:** Horario laboral (de entrada y salida) en la fecha en que ocurrió el accidente.
- **Fecha de inicio de la Inasistencia Laboral:** Fecha en que ocurrió el accidente, o fecha de la recaída del accidente en el caso de que el paciente esté dado de alta y tenga una recaída a raíz del accidente.

- **Domicilio de Ocurrencia del Accidente:** Marcar con una Cruz si se trata de un establecimiento propio o en otro lugar. Consignar el lugar exacto donde ocurrió el accidente calle, Nº, código postal, localidad provincia.
- **Descripción del Accidente y sus consecuencias:** Somero relato del accidente y de las lesiones sufridas a causa de éste.
- **Accidente de tránsito:** Elegir la opción que corresponda.
- **Gravedad presunta:** Cuan importante fue el accidente (marcar con una cruz la opción correcta):
 - Leve: El accidente no puso en riesgo de vida al trabajador. Son los accidentes que pueden ser atendidos en forma ambulatoria.
 - Grave: El accidente puso en riesgo de vida al trabajador. Los casos más comunes son:
 1. Quemadura Grave.
 2. Intoxicación.
 3. Lesión Grave en los Miembros.
 - Mortal: El accidente produjo el fallecimiento del trabajador.
- **Accidente de Trabajo - Código de Lesión:** Insertar el código conforme a la descripción de las Tablas de Codificación de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales (Resolución 1601-1604/07)
 1. Agente material asociado: Insertar código de referencia correspondiente según la Tabla de Agentes Materiales Asociados (Ejemplo: Humo - Código 50109)
 2. Diagnóstico:
 3. Zona del Cuerpo Afectada: Insertar código de referencia correspondiente según Tabla de Zona de Cuerpo Afectada. (Ejemplo: Aparato Respiratorio - Código 070)
 4. Forma del Accidente: Insertar código de referencia correspondiente según Tabla de Formas de Accidentes. (Ejemplo: Contacto por Inhalación de Sustancias Químicas - Código 801)
 5. Naturaleza de la Lesión: Insertar código de referencia correspondiente según Tabla sobre Naturaleza de la Lesión. (Ejemplo: Intoxicaciones - Código 17/ Asfixia - Código 18)
- **Código Enfermedad Profesional:** Completar el cuadro de manera similar a la explicación anterior, utilizando las Tablas de Codificación de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales (Resolución 1601-1604/07).
 1. Agente causante: Insertar código de referencia correspondiente según Tabla de Agentes causantes de Enfermedades Profesionales.
 2. Descripción de la enfermedad profesional:
 3. Agente Material Asociado: Ídem explicativo del caso de Accidente.
 4. Zona del cuerpo afectada: Ídem explicativo del caso de Accidente.
 5. Tiempo de exposición del Agente: Indicar cuanto tiempo hace que desarrolla la tarea que produjo la enfermedad.
 6. Fecha de Diagnóstico: Fecha de la primera manifestación de la enfermedad profesional.
 7. Fecha de Inicio de la Inasistencia Laboral: Primer día en que el trabajador se ausenta de su puesto de trabajo a causa de la enfermedad profesional.
 8. Forma de Diagnóstico: Se completa según la Tabla que el propio Formulario Presenta, por Ejemplo la enfermedad profesional se detectó en: Examen Preocupacional - Código P, Sanatorio Privado - Código N, Hospital Público - Código H, Peritaje Judicial - Código J, etc.
- **Centro Asistencial:** Se debe indicar el Nombre, domicilio, Tel., etc.
- **Accidente In Itínere:** Señalar en caso de accidente en el trayecto hacia el lugar de trabajo o hacia el domicilio, indicando el Número de Denuncia Policial (de la cual se deberá adjuntar copia) y la Comisaría interviniente

CADA DEPENDENCIA TENDRÁ QUE DISPONER DE:

- **FORMULARIOS DE SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA**

- **FORMULARIOS DE INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL**
- **LISTADO DE PRESTADORES MÉDICOS DEL DISTRITO Y ZONAS ALEDAÑAS.**
- **TABLAS DE CODIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES (RESOLUCIÓN 1601-1604/07)**
- **NÚMERO VISIBLE DEL SERVICIO DE COORDINACIÓN DE EMERGENCIAS MÉDICAS (C. E. M.) DE LA ASEGURADORA 0800-333-1333 011-4819-2898 PARA LOS CASOS GRAVES DE ACCIDENTES DE TRABAJO (DISPONIBLE LOS 365 DÍAS DURANTE LAS 24 HORAS.)**
- **NÚMERO VISIBLE DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE LA ASEGURADORA 0800-333-1278 011-4819-2799 PARA CUALQUIER TIPO DE CONSULTAS ANTE UN ACCIDENTE DE TRABAJO (DISPONIBLE DE LAS 10.00 A 18.00 HORAS.)**

GUÍA DE TELÉFONOS Y DIRECCIONES ÚTILES DE LA ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO PROVINCIA A.R.T.

**CONMUTADOR DE PROVINCIA A. R. T. 011-4819-2800
CALLE CARLOS PELLEGRINI 91- CAPITAL FEDERAL**

DELEGACIONES:

**LA PLATA: 0221-489-0115/0310/0627
CALLE 7 N° 440- LA PLATA**

**MAR DEL PLATA: 0223-4992100/01/08
DIAG. PUEYRREDÓN 3204- MAR DEL PLATA**

**BAHÍA BLANCA: 0291-4552872/73
CHICLANA 299 ESQ. FITZ ROY- B. BLANCA**

**ROSARIO: 0341-4400278
ITALIA 556- ROSARIO- STA. FÉ.**

OFICINAS:

**OLAVARIA: 02284-445514
DORREGO 2871**

**TANDIL: 02293-434347
GRAL. PINTO 731**

**JUNÍN: 02362-428996/427132
SAAVEDRA 98**

**T. LAUQUEN: 02392-423587
ORO 299**

**ZÁRATE: 03487-426152
L. N. ALEM 345**

RECOMENDACIONES

1. PROCURE QUE LOS NÚMEROS TELEFÓNICOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS SE ENCUENTREN AL ALCANCE DE TODO EL PERSONAL, EN LUGARES VISIBLES A TODA HORA Y EN LOS DISTINTOS SECTORES DE LA DEPENDENCIA.
2. ENVÍE EL FORMULARIO DE DENUNCIA COMPLETO, CON LETRA CLARA.
3. LEA DETENIDAMENTE LOS CAMPOS DE LOS FORMULARIOS Y COMPLETE TODOS SUS DATOS.

RECUERDE QUE AL COMPLETAR LOS FORMULARIOS DE SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA Y DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL, EN LOS DATOS DEL EMPLEADOR O RAZÓN SOCIAL CORRESPONDE COLOCAR D. G. C. y E. - N° DE CUIT 30-62739371-3 Y EL NÚMERO DE CONTRATO QUE LA ASEGURADORA OTORGÓ A D. G. C. y E. Y QUE LO IDENTIFICA COMO EMPLEADOR ES EL 46882.

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO PARA LA DIRECCIÓN GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN:

1. **PONER EN CONOCIMIENTO DE TODOS SUS EMPLEADOS, SIN EXCEPCIÓN, DE LOS REQUISITOS Y MECANISMOS DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO EN LOS CASOS DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES**
2. **LOS ACCIDENTADOS O ENFERMOS PROFESIONALES DEBERÁN PRESENTAR EN SU LUGAR DE TRABAJO LOS CERTIFICADOS MÉDICOS Y ALTA MÉDICA EXTENDIDOS POR EL PRESTADOR MÉDICO DE LA ASEGURADORA DENTRO DE LAS 48 HORAS.**
3. **REMITIR COPIA DEL FORMULARIO DE DENUNCIA CON COMPROBANTE DEL FAXIMIL DE ENTRADA A LA ASEGURADORA, CERTIFICADOS MÉDICOS Y ALTA MÉDICA CON PLANILLAS DE SERVICIOS DE CONTRALOR.**
4. **REMITIR COPIA DEL FORMULARIO DE DENUNCIA, CERTIFICADOS MÉDICOS Y ALTA MÉDICA A LA DIRECCIÓN DE CONDICIONES LABORALES Y ASUNTOS GREMIALES SITA EN CALLE 57 N° 983 ½ - (CP 1900) LA PLATA- TELÉFONO: 0221-422-9985.**
5. **REMITIR COPIA DE DICTÁMENES DE COMISIONES MÉDICAS Y SENTENCIAS JUDICIALES PRESENTADOS POR LOS AGENTES, A LA MISMA DIRECCIÓN DE CONDICIONES LABORALES Y ASUNTOS GREMIALES - DPTO. CONDICIONES DE ÁMBITO DE TRABAJO Y CAPACITACIÓN.**

6. PARA LAS DENUNCIAS DE ENFERMEDADES PROFESIONALES, EL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO ES EL MISMO QUE PARA ACCIDENTES DE TRABAJO.

ACLARACIONES:

Las Prestaciones en Especie están a cargo de Provincia ART, incluyen:

1. Atención Médica.
2. Servicio de Farmacia.
3. Prótesis y ortesis.
4. Traslados (solo los que fueran autorizados y solicitados por los médicos prestadores de la Aseguradora).
5. En caso de accidentes mortales la ART brinda dos prestaciones: Servicio de sepelio – deberá realizarse por intermedio de la Cochería Paraná 011-4765-5100 /0800888-4400
- 6.

Las Prestaciones Dinerarias (Por Ejemplo, Indemnizaciones por Incapacidad, Liquidación de la Indemnización por muerte por accidente de trabajo a los derechohabientes) también que están a cargo de la Provincia ART.

ANEXO 1

RECOMENDACIONES PARA LOS AGENTES ANTE SITUACIONES DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y/O ENFERMEDADES PROFESIONALES

1. ¿NO ESTA CONFORME CON LA ATENCIÓN MEDICA DEL PRESTADOR DE LA ASEGURADORA?

Haga el reclamo en la ART.; si no obtiene respuesta recurra a la Comisión Médica correspondiente a su domicilio e inicie trámite por divergencia en las prestaciones.

2. ¿QUÉ DOCUMENTACION DEBE PRESENTAR EN LA COMISION MEDICA POR DIVERGENCIA EN LAS PRESTACIONES O EN EL ALTA MEDICA?

- ✓ Certificado médico que justifique la divergencia, es decir, la opinión de un profesional médico que disienta con el tratamiento, el alta o el diagnóstico de la ART
- ✓ Fotocopia del DNI.
- ✓ Fotocopia de recibo de sueldo.
- ✓ Formulario para solicitar Junta Médica.

3. ¿QUE DOCUMENTACION DEBE PRESENTAR EN LA COMISION MEDICA POR SILENCIO DE LA ASEGURADORA?

- ✓ Notificación enviada por el trabajador solicitando determinada prestación.
- ✓ Fotocopia del DNI.
- ✓ Fotocopia del recibo de sueldo.
- ✓ Formulario para solicitar junta medica.

4. ¿LA ART LE RECHAZO EL SINIESTRO?

Si ha recibido notificación de ART rechazando el accidente de trabajo o enfermedad profesional podrá presentarse ante la Comisión Medica e iniciar trámite por rechazo de siniestro.

La documentación que debe presentar es:

- ✓ Fotocopia de la carta documento de rechazo o alta medica con derivación a la obra social.
- ✓ Fotocopia del DNI con domicilio actualizado o declarar su nuevo domicilio.
- ✓ Fotocopia del recibo de sueldo correspondiente a algún periodo del accidente.
- ✓ Formulario para solicitar Junta Médica.
- ✓ Puede presentar la documentación en la Comisión Médica o a través de carta escrita con documentación.

5. RECIBIO DICTAMEN DE LA COMISION MEDICA Y NO ESTA DE ACUERDO.

Podrá recurrirlo ante la Comisión Médica Central o Juzgado Provincial o Juzgado Federal de su zona, dentro de los 10 días hábiles de recibido.

ANEXO 2

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN EL ÁMBITO LABORAL

- ❑ **UN ACCIDENTE ES ABSOLUTAMENTE PREVISIBLE SI LO TOMAMOS COMO PUNTO DE PARTIDA PARA EL ANÁLISIS Y BUCEAMOS EN LAS CAUSAS QUE LO PRODUJERON.**
- ❑ **MANTENER EL LUGAR DE TRABAJO ORDENADO Y LIMPIO CREA UN AMBIENTE SEGURO Y GRATO, GENERANDO UN CLIMA FAVORABLE PARA EL TRABAJO PRODUCTIVO.**
- ❑ **TODOS SOMOS RESPONSABLES DE TRABAJAR EN UN LUGAR SEGURO, LIMPIO Y ORDENADO.**
- ❑ **OBSERVE QUE EN TODOS LOS CASOS, LAS CAUSAS SON DESCUIDOS HUMANOS. SIMPLE MEDIDAS PREVENTIVAS, PUEDEN EVITAR INCENDIOS.**
- ❑ **SABER ELEGIR LA PROTECCIÓN ADEUADA PARA LAS MANOS ES FUNDAMENTAL, YA QUE CADA TRABAJO REQUIERE UNA CONSIDERACIÓN ESPECIAL.**
- ❑ **INVESTIGAR UN ACCIDENTE SIGNIFICA DISTINGUIR SUS CAUSAS Y ANTECEDENTES PARA GENERAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN.**
- ❑ **UN ACCIDENTE SUCEDE POR UNA SERIE DE FACTORES QUE INDIVIDUALMENTE O EN COMBINACIÓN DETERMINAN LA CAUSA.**
- ❑ **INFORME SIEMPRE QUE OBSERVE ALGUNA SITUACIÓN QUE NO PUEDE SOLUCIONAR.**
- ❑ **SEA CUIDADOSO, LA MAYORÍA DE LOS ACCIDENTES POR DESCARGA ELÉCTRICA PRODUCEN LESIONES GRAVES, INCLUYENDO LA MUERTE.**
- ❑ **MIRE A SU ALREDEDOR E IDENTIFIQUE SITUACIONES POTENCIALES DE RIESGO. EXISTEN Y DEBEN EVITARSE.**
- ❑ **PARA EVITAR CAIDAS Y RESBALONES SE DEBE TRANSITAR SIN CORRER POR PASILLOS Y ESCALERAS.**
- ❑ **EL AGUA ES CONDUCTORA DE ELECTRICIDAD, POR LO CUAL DEBEN EXTREMARSE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LUGARES HÚMEDOS O CON PISOS MOJADOS.**
- ❑ **EN LA VÍA PÚBLICA, EL COMPORTAMIENTO VIAL DE LOS PEATONES ES TAN IMPORTANTE COMO EL DE LOS CONDUCTORES.**
- ❑ **PARA PREVENIR ACCIDENTES MIENTRAS MANEJAMOS UN VEHÍCULO, LO PRINCIPAL ES CONOCER Y CUMPLIR LA NORMATIVA VIGENTE Y MANTENER UNA ACTITUD PREVENTIVA.**

- ❑ **CUANDO SUBA O BAJE ESCALERAS, TÓMESE DEL PASAMANOS.**
- ❑ **RECUERDE USAR SIEMPRE EL CINTURON DE SEGURIDAD.**
- ❑ **SEPA QUE LOS EXTINTORES SON EFICACES EN FUERGOS INCIPIENTES, NO EN INCENDIOS.**
- ❑ **UN REQUISITO NECESARIO PARA ALCANZAR LA CALIDAD Y LA MEJORA PERMANENTE ES EVITAR FACTORES DE RIESGO EN EL PROCESO PRODUCTIVO.**
- ❑ **TODOS LOS ACCIDENTES E INCIDENTES TIENEN QUE SE MINUCIOSAMENTE INVESTIGADOS, CUALQUIERA SEA SU GRAVEDAD O MAGNITUD.**
- ❑ **LA MANIPULACIÓN CORRECTA DE MATERIALES REDUCE LA POSIBILIDAD DE LESIONES.**
- ❑ **ES RESPONSABILIDAD DE CADA UNO, CUIDARSE A SI MISMO Y CUIDAR LOS PROCESOS DE TRABAJO.**
- ❑ **LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS NO DEBEN SER SOBRECARGADAS, PARA EVITAR ASÍ SU RECALETAMIENTO.**
- ❑ **RESPETE LA PROHIBICIÓN DE FUMAR EN LOS LUGARES QUE ASÍ LO INDICAN.**
- ❑ **EN TODA ORGANIZACIÓN ES NECESARIO ESTABLECER NORMAS BÁSICAS DE SEGURIDAD.**
- ❑ **USTED PUEDE ACCIDENTARSE POR NO USAR O USAR INCORRECTAMENTE EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL.**
- ❑ **OBSERVE QUE EN TODOS LOS CASOS, LAS CAUSAS SON DESCUIDOS HUMANOS. SIMPLES MEDIDAS PREVENTIVAS, PUEDEN EVITAR INCENDIOS.**