



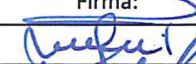

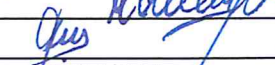
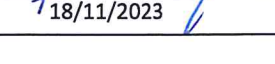
UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL

PROTOCOLO DE SALA DE PRIMEROS AUXILIOS



PROTOCOLO

SALA PRIMEROS AUXILIOS

| | Nombre | Cargo: | Firma: |
|----------------|-------------------|--------------------------------------|---|
| Elaborado Por: | Macarena González | Directora de escuela de salud |  |
| | Marcela Calderón | Coordinadora académica escuela salud |  |
| Revisado Por: | Carlos Arroyo | Prevencionista de Riesgos |  |
| | Paola Ortega | Técnico en Enfermería |  |
| Fecha Creación | 18/11/2022 | Fecha próxima revisión: | 18/11/2023 |
| Resolución | | | |

INTRODUCCIÓN

Los primeros auxilios son todas aquellas medidas inmediatas que se toman en una persona lesionada, inconsciente o súbitamente enferma, en el sitio donde ocurre el incidente y hasta la llegada de la asistencia sanitaria o derivación.

El objetivo principal de los primeros auxilios es la conservación de la vida, evitar complicaciones físicas y psicológicas, así como ayudar a la recuperación asegurando su traslado a un centro asistencial.

La presencia de una sala de primeros auxilios con asistencia de un profesional técnico en enfermería, con conocimiento y técnicas específicas permite en algunas ocasiones salvar la vida y en otras disminuir las secuelas de las lesiones, entre otros. La universidad Gabriela Mistral cuenta con una sala de Primeros auxilios localizada en el primer piso del pasillo central, esta sala de fácil acceso e identificación visible, esta equipada con todo lo requerido para dar respuesta a una situación de accidente o bien descompensación de una condición de base tanto de sus alumnos como de sus colaboradores.

El estudiante de la universidad Gabriela Mistral, tiene por derecho un seguro escolar que le otorga el estado, en conformidad al art. 3° de Ley 16.744 y el DS 313, el seguro da cobertura a todos los accidentes que sufran durante sus estudios, por lo cual, gozan de la cobertura y de los beneficios de dicho seguro.

En el caso del colaborador o funcionario de la universidad Gabriela Mistral, esta también cubierto por el Seguro Obligatorio sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales establecido por la Ley. N° 16.744, por lo que gozan de la cobertura y de sus beneficios, en caso de ocurrencia de accidentes del trabajo y enfermedades de índole profesional. El organismo administrador del seguro de la Ley 16.744 para los funcionarios de la Universidad Gabriela Mistral, corresponde a la Asociación Chilena de Seguridad ACHS.

A continuación, se presentará un protocolo de acción frente a diversos casos que podrían ocurrir eventualmente en la institución.

NORMATIVA DE ACCIÓN FRENTE A ACCIDENTES ESCOLARES

El Protocolo de Acción frente a accidentes escolares, forma parte del Plan Integral de Seguridad Escolar con el que todo establecimiento educacional debe contar, y cumple con la función de sistematizar una serie de acciones determinadas ante un accidente. El seguro escolar protege a todos los alumnos regulares de establecimientos educacionales reconocidos por el Ministerio de Educación pertenecientes a: Educación Parvularia, Básica, Media, Científico Humanista o Técnico Profesional de Institutos Profesionales, Centros de Formación Técnica y Universitaria (Ley 16.744 art. 3 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social). Este beneficio protege a los-as estudiantes ante accidentes que sufran a causa o con ocasión de:

- a) Sus estudios o en la realización de su práctica profesional.
- b) En el trayecto a sus actividades de estudio o cualquier actividad de la universidad.

SOBRE EL SEGURO ESCOLAR

El Decreto Supremo N° 313 del 12 de mayo de 1972 del ministerio del trabajo y previsión social establece lo siguiente:

"Los estudiantes que tengan la calidad de alumnos regulares de establecimientos fiscales, municipales y/o particulares, dependientes del estado y/o reconocidos por éste, quedarán sujetos al seguro escolar contemplado en el art. 3° de la ley 16.744, por los accidentes que sufran durante sus prácticas educacionales o profesionales, en las condiciones y con las modalidades que se establecen en el presente decreto".

1. ¿A quién protege el seguro escolar?

A todos los alumnos regulares de establecimientos reconocidos por el estado pertenecientes a la educación parvularia, básica, media, científico humanista o técnico profesional, de institutos profesionales, de centros de formación técnica y universitaria.

2. ¿Desde cuándo los alumnos están afectos a los beneficios del seguro?

Desde el instante en que se matriculen en alguno de los establecimientos señalados anteriormente.

3. ¿De qué los protege?

De los accidentes que sufran con ocasión de sus estudios o en la realización de su práctica profesional, **o en el trayecto directo, de ida o regreso**, entre el lugar donde pernoctan y el establecimiento educacional, o el lugar donde realice su práctica.

4. ¿Qué se entiende por accidente escolar?

Es toda lesión que un estudiante sufra a causa o con ocasión de sus estudios, o en la realización de su práctica profesional o educacional, y que le produzca incapacidad o muerte. Se consideran también los accidentes de trayecto que sufran los alumnos.

5. ¿Qué tipos de accidentes se exceptúan?

- a) Provocados intencionalmente por la víctima.
- b) Riña callejera
- c) Asaltos
- d) Intoxicación por alcohol, drogas y químicos.

6. ¿Dónde se denuncia un accidente escolar?

En cualquier posta de urgencia u hospital dependiente del sistema nacional de servicios de salud. Las clínicas y hospitales particulares no otorgan los beneficios del seguro escolar de accidente según decreto nº313/72, solo si por razones calificadas los servicios de salud se encuentran en la imposibilidad de otorgar las prestaciones médicas que procedan, y los interesados se ven obligados a obtener en forma particular, corresponde a dichos servicios reembolsar los gastos en que se incurrió por tal concepto.

Procederá el reembolso, siempre y cuando, la atención médica particular haya sido imprescindible por su urgencia o por otro motivo derivado de la naturaleza de las lesiones sufridas. Por el contrario, si dicha atención particular ha sido requerida por decisión de los padres o apoderados, sin mediar las circunstancias mencionadas, no procederá el reembolso.

7. Casos especiales que cubre el seguro

- a) Estudiantes con régimen de internado.
- b) Estudiantes que deben pernoctar fuera de su residencia habitual bajo la responsabilidad de autoridades educacionales con motivo de la realización de su práctica profesional.
- c) Estudiantes en visita a bibliotecas, museos, centros culturales, etc., siempre y cuando estén incorporados en la programación del colegio y cuenten con la autorización respectiva.
- d) Actividades extraescolares que estén reconocidas por el MINEDUC.

8. ¿Cuándo se suspende el seguro?

Cuando no realicen sus estudios o su práctica educacional o profesional (vacaciones o egreso).

BENEFICIOS DEL SEGURO ESCOLAR:

¿Deben cancelar los gastos médicos los alumnos que se accidentan?

No, el seguro cubre los gastos en un **100%**.

1. ¿Cuáles son los beneficios médicos gratuitos del seguro escolar?

- a) Atención médica, quirúrgica y dental en establecimientos externos o a domicilio.
- b) Hospitalización si fuese necesario, a juicio del facultativo tratante.
- c) Medicamentos y productos farmacéuticos.
- d) Prótesis y aparatos ortopédicos y su reparación.
- e) Rehabilitación física y reeducación profesional; y
- f) Los gastos de traslado y cualquier otro necesario para el otorgamiento de estas prestaciones.

2. ¿Cuánto tiempo duran estos beneficios?

Hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por el accidente.

a) **Educación en caso de invalidez:**

¿Quién se preocupa de la educación de los estudiantes invalidados a causa de un accidente?

El estado y gratuitamente.

b) **¿Cómo se ejerce este derecho?**

Concurriendo directamente la víctima, o su representante legal, a direcciones provinciales y/o secretaría ministerial de educación, el que se hará responsable de dar cumplimiento a los beneficios establecidos en la ley.

c) **¿Dónde se otorga la educación?**

En establecimientos comunes o especiales, de acuerdo con la naturaleza de la invalidez y las condiciones residuales de estudio de la víctima.

3. Administración del seguro:

¿Quiénes son los administradores de este seguro? Las respectivas secretarías regionales ministeriales de salud, quienes otorgan las **prestaciones médicas gratuitas**. La **fiscalización** de la aplicación de este seguro escolar corresponderá a la superintendencia de seguridad social.

QUE HACER EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES CON EL SEGURO ESCOLAR:

- **En caso de que el alumno no fuera atendido en el hospital de salud público**, este deberá dirigirse con la declaración de accidente escolar al centro de asistencia pública más cercano a su domicilio u otro servicio donde prestarán atención de gratuidad estatal.
- **En caso de que el médico tratante lo derive**, el alumno o apoderado deberá exigir interconsulta al centro de derivación con la firma del médico o el timbre de urgencias, además de que se explique por qué la derivación.
- **En caso de que no se cumpla el seguro escolar** puede dirigirse con los siguientes antecedentes:
 - Declaración individual de accidente escolar.
 - Carné de identidad.
 - Registro de atención servicio de urgencia en caso de que existiera.
 - Interconsulta en caso de que existiera.
 - Demostración de gastos incurridos en la atención del alumno en caso de que no se preste la atención que amerita el seguro escolar.

Con los antecedentes anteriores debe dirigirse a la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) o bien, realizar la denuncia a través de www.SUSESO.cl (orientador de reclamos , Seguro Escolar)

Están exentas del seguro escolar las riñas callejeras, asaltos, intoxicación de químicos y gases, situación de alcoholismo o toxicológico por drogas, en caso de presentarse una persona en situación de vulneración de abuso sexual o violación se procederá con cautela y discreción según lo que indica la ley.

TIPOS DE ACCIDENTES ESCOLARES

a) Accidente escolar

Se considera accidente escolar cualquier lesión leve o grave que se provoca bajo cualquier espacio físico del establecimiento y en cualquier instancia pedagógica o recreativa autorizada fuera de la institución. Se considera grave, aquellas lesiones que sí constituyan hemorragia constante, pérdida de conocimiento, inmovilidad o dolor agravante.

c) Accidente de Trayecto:

Se considera un accidente de trayecto a el viaje de ida o regreso, entre su casa y el establecimiento educacional, actividad pedagógica fuera de la institución o el lugar donde realice su práctica profesional. La atención la entregan las postas u hospitales de servicios de salud públicos, en forma gratuita. Si el estudiante tuviese un accidente que implica riesgo vital o secuela funcional grave, debe ser atendido en el servicio de salud más cercano al lugar de ocurrencia del accidente. Los primeros auxilios, serán entregados al interior del recinto educacional, en la enfermería o el sitio del suceso si es necesario.

d) Accidente prácticas profesionales/cortopunzante

Los estudiantes se encuentran expuestos a accidentes en el desarrollo de sus actividades académicas de carácter práctico, éstos pueden ocurrir durante el traslado de ida o regreso a los centros de salud en los que se encuentra desarrollando estas actividades académicas o directamente en los centros de salud con ocasión de la atención brindada a los usuarios, éstos últimos denominados accidentes corto punzantes.

Para ambos casos de accidentes el estudiante deberá acogerse al Seguro de Accidente Escolar vigente, que contempla estos dos tipos de accidentes, denominándose de la siguiente forma:

1. Accidentes que ocurren con ocasión del traslado de ida al centro de salud o de regreso a su domicilio, se denominan "Accidente tipo A".
2. Accidentes con materiales cortopunzantes, se denominan "Accidente tipo B".

1. Exposición a accidente de trayecto y en lugar de prácticas o educación. Accidente Tipo A

Si el estudiante, sufre algún accidente, en el momento de su práctica, o en el trayecto directo de ida o regreso, se debe proceder de acuerdo con la presente norma establecida por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Gabriela Mistral:

El Tutor o Supervisor de Campos Clínicos, deberá hacer llegar al estudiante, donde éste se encuentre, la siguiente documentación:

- a) Formulario, "Declaración Individual de Accidentes Escolares", en tres copias, informando al estudiante o quien lo asista de la entrega de estos documentos a quienes corresponda, esto es: Una copia deberá ser entregada en el lugar que será atendido o se esté atendiendo, otra de las copias deberá quedar en poder del estudiante para su respaldo y finalmente, una tercera copia deberá ser entregada a la Coordinación de Campos Clínicos

de la Escuela de Salud de la universidad.

- b) Este formulario “Declaración Individual de Accidentes Escolares” deberá ser escrito por tutor de práctica o Supervisor a cargo que ha hecho llegar el formulario al estudiante.
- c) Si el accidente ocurriese en el centro de salud, corresponderá también al Tutor o Supervisor, el traslado del estudiante a la institución pública más cercana, Servicio de Urgencia, con el documento original mencionado precedentemente.

El docente deberá informar del accidente a la Coordinación de Campos Clínicos y Dirección de Carrera, en un plazo no superior a 1 hora de toma de conocimiento del evento.

Corresponderá a la Coordinación de Prácticas de la Facultad de Ciencias de la Salud, informar a los familiares del evento ocurrido para que sea delegada en ellos, la responsabilidad de la continuidad de la asistencia del estudiante durante su atención en salud.

2. Accidentes con materiales cortopunzantes, se denominan “Accidente tipo B”.

Los estudiantes del área de la salud tienen relación permanente con usuarios, y por ende se ven expuestos al contacto con sus fluidos corporales, con riesgo de contraer infecciones que ponen en riesgo su salud.

En la actualidad son diversos los microorganismos conocidos que presentan este mecanismo de transmisión; siendo de importancia epidemiológica:

- a. Virus de la Hepatitis B (VHB)
- b. Virus de la Hepatitis C (VHC)
- c. Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)².

Para proteger a los estudiantes de la salud, se han establecido medidas de precauciones estándares, y la administración de una vacuna que protege de los Virus de la Hepatitis B (VHB) y Virus de la Hepatitis C (VHC), administrada en tres dosis.

“(…) Los alumnos que realicen prácticas en áreas de alto riesgo de transmisión, se les debe proveer de Elementos de Protección Personal (EPP) adecuados para el desempeño de sus funciones y preocuparse del uso correcto de ellos. Se debe informar sobre cuáles son las situaciones de riesgo y enseñar las medidas de prevención de riesgo”³.

Es responsabilidad del estudiante o docente, utilizar las precauciones estándar para cada procedimiento.

Todo estudiante o docente supervisor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad, deberá contar con la vacunación contra la hepatitis B, la que deberá ser administrada antes de la realización de prácticas clínicas o atención de pacientes en todas sus dosis.

De la administración efectiva de todas las dosis de las vacunas antes indicadas, se deberá llevar en Coordinación de Campos Clínicos, registro tanto de estudiantes como docentes con los respectivos respaldos físicos y digitales que lo ameriten.



No podrá asistir a una actividad académica práctica ningún estudiante o docente que no haya hecho entrega de esta documentación a la Coordinación de Campos Clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud, con la debida antelación previo el inicio de las actividades prácticas.

La Coordinación de Campos Clínicos de la Escuela de Salud, velará por el cumplimiento de estas disposiciones previo desarrollo de actividades académicas en los centros de salud.

PROCEDIMIENTO

1. Lavar la zona afectada con abundante agua y jabón
2. Dar aviso al tutor o supervisor para activar el seguro escolar, inmediatamente dirigirse al hospital público más cercano a la ubicación donde se encuentra el alumno, antes de 2 horas de ocurrido el evento.
3. En caso de ser una fuente conocida llevar muestra con nombre y Rut del paciente previa autorización del paciente.

PROCEDIMIENTO

1. Responsable Sala Primeros Auxilios:

Persona a cargo (Técnico en Enfermería, en adelante la "TENS") prestará los primeros auxilios en el lugar o en sala de primeros auxilios, en adelante "SPA".

Avisar a dirección de la carrera que pertenece el estudiante para que, si fuese necesario, se coordine con algún familiar o el Encargado del Traslado.

2. Comunicación con contacto de emergencia

- a) La dirección de Carrera es la responsable de contactar al contacto de emergencia registrado, en la ficha del alumno para que se dirija al establecimiento y proceda al retiro del estudiante, o bien lo acompañe al centro asistencial si el accidente lo amerita, en este último caso se hará entrega por parte de la TENS o el encargado de la emergencia, del formulario de accidente escolar para ser presentado en el centro asistencial de derivación.
- b) En caso de no obtener comunicación con la familia, el encargado-a del traslado será un representante de la unidad educativa como un docente o director, o quien corresponda.
- c) En casos de gravedad o de emergencia vital, el estudiante será derivado inmediatamente al centro asistencial más cercano, acompañado de un representante de la dirección de Desarrollo estudiantil o bien un colaborador de la Carrera tal como un docente o director, o quien corresponda la asignación, siendo éste quien porte el formulario de accidente escolar. Se establecerá contacto con el familiar y se le solicitara acuda al centro asistencial al cual fue trasladado el estudiante.

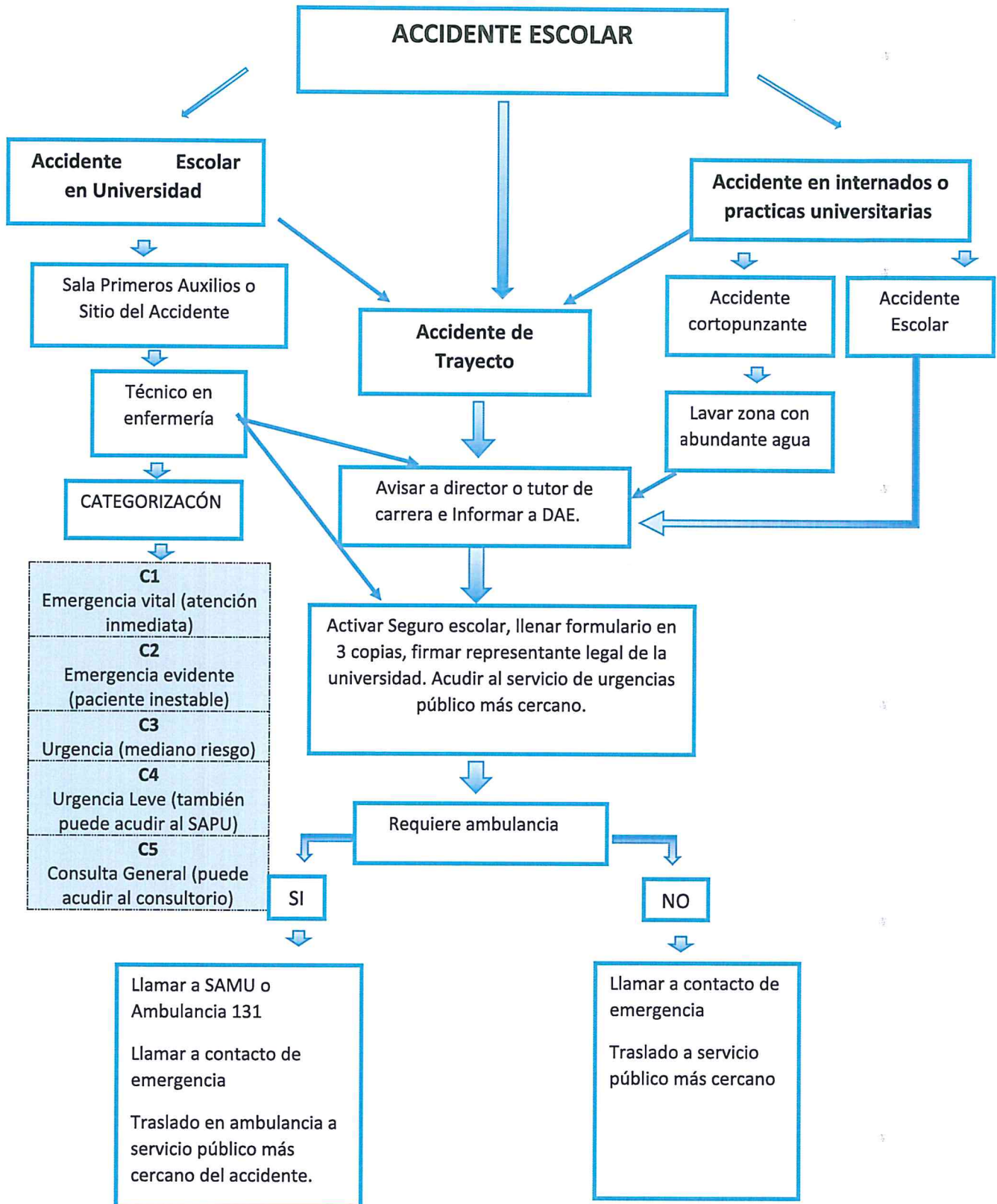
3. Centro de salud:

Se debe dirigir al centro hospitalario público más cercano de ocurrido el accidente, en el caso de sufrir accidente en las instalaciones de la universidad deberá dirigirse al hospital El Salvador, ubicado en Avenida Salvador 364, Providencia. (Urgencias Hospital Del Salvador, ubicado en Rancagua 600-770, Providencia, Región Metropolitana - Teléfono: (2) 2608 6929) y se comunicará con el contacto, dejando copias escritas de la actuación. En el caso de encontrarse fuera de la institución, deberá dirigirse al hospital público más cercano del lugar de ocurrencia del accidente.

4. Comunicación con Ambulancia o SAPU:

En caso en que el alumno accidentado deba ser movilizado en vehículo de emergencia ya sea por el tipo de accidente o condición vital del alumno, el TENS o Encargado/a llamará al SAMU O Ambulancia (131), el estudiante afectado será acompañado por un representante de la dirección de Desarrollo estudiantil o bien un colaborador de la Carrera tal como un docente o director, o quien corresponda la asignación, siendo éste quien porte el formulario de accidente escolar. Se establecerá contacto con el familiar y se le solicitara acuda al centro asistencial al cual fue trasladado el estudiante.

FLUJOGRAMA PROTOCOLO DE ACCIÓN FRENTE A UN ACCIDENTE ESCOLAR



PROTOCOLO FRENTE A ACCIDENTES DEL TRABAJO COLABORADORES

La universidad Gabriela Mistral está adherida a la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), por lo que los colaboradores reciben su primera atención en la Sala de Primeros Auxilios y posteriormente son derivados a la institución ACHS.

Accidentes dentro de las dependencias:

El seguro de la Ley N° 16.744 es un Seguro Social que otorga prestaciones médicas y económicas a los trabajadores que sufren un accidente del trabajo o contrae una enfermedad profesional. Además, otorga prestaciones preventivas en los lugares de trabajo.

Este seguro es de carácter obligatorio con cargo al empleador.

Personas Protegidas:

- Todos los trabajadores dependientes
- Los trabajadores independientes que perciben rentas del artículo 42 N°2 de la Ley de Impuestos a la Renta y los restantes trabajadores independientes que coticen para dicho Seguro.
- Los estudiantes que realicen trabajos que signifiquen una fuente de ingreso para el plantel
- Los dirigentes sindicales en el ejercicio de sus actividades gremiales

¿Desde cuándo un trabajador tiene derecho a la cobertura del seguro?

Los trabajadores están cubiertos por el seguro **a partir del primer día en que comienzan a trabajar para un empleador.**

Para los accidentes del trabajo en el trayecto, desde que inicia el trayecto directo entre su casa - habitación y su lugar de trabajo.

Los trabajadores independientes también están cubiertos, **siempre que se encuentren al día en el pago de las cotizaciones.**

El seguro cubre los accidentes del trabajo, los accidentes de trayecto y las enfermedades profesionales.

¿Qué es un accidente de trabajo?

Si un trabajador sufre un accidente en su lugar de trabajo, la ley establece ciertas acciones que tanto el trabajador como el empleador deben realizar para que se activen las coberturas de atención médica necesarias.

Según la normativa, un accidente del trabajo se refiere a toda lesión que una persona puede sufrir a causa o con ocasión de la labor que realiza, pudiendo significarle incapacidad temporal, permanente o incluso la muerte.

Para que una lesión constituya un accidente del trabajo, debe tener relación directa ("a causa") o indirecta ("con ocasión") con la actividad laboral que desempeña:

Ejemplo de accidente "a causa" del trabajo: la lesión que un auxiliar de aseo sufre al resbalar y caer mientras limpia el piso del centro de trabajo.

Ejemplo de accidente “con ocasión” del trabajo: la lesión que un trabajador sufre al quemarse mientras consume café durante su jornada laboral.

1. En caso de accidente:

Si es Leve; buscar atención inmediata a sala de primeros auxilios dentro de la universidad, según su condición de salud se entregarán los pasos a seguir:

En caso de requerir una ambulancia, llamar al 1404 URGENCIA AMBULANCIA desde red fija o celular. Frente a una urgencia, se hará el traslado en los siguientes casos:

Cuando el trabajador no puede movilizarse por sí mismo:

- Cuando presente inconsciencia.
- Cuando presente obstrucciones en la vía aérea o cualquier condición de salud compleja.

El trabajador está lesionado, pero no requiere de una ambulancia, Derivarlo al centro de atención ACHS más cercano al lugar de trabajo, en este caso corresponde asistir a Hospital del Trabajador de Santiago, ubicado en Ramón Carnicer 185, donde existe Atención Médica y Atención Particular con horario de atención de Lun a Domingo 24 horas.

2. Denuncia el accidente ocurrido al organismo administrador (ACHS)

Una vez ingresado en la ACHS, la aseguradora envía por correo a Recursos humanos de la universidad quien se ocupa de completar la DIAT (Denuncia individual de accidente del trabajo) deberá contar con:

Los antecedentes generales del empleador: Razón social, RUT empresa, dirección, actividad económica, entre otros.

Del trabajador accidentado: Nombre completo, RUN, nacionalidad, edad, entre otros),

Además, todos los datos del accidente: Fecha, hora en que ocurrió, descripción de cómo ocurrió, entre otros) y antecedentes del denunciante (nombre, RUT, teléfono, entre otros.

Dentro de las 24 horas desde que se tomó conocimiento de lo sucedido, completando el formulario de Denuncia Individual de Accidente (DIAT). Puedes hacerlo ingresando con RUT y contraseña a ACHS Virtual, módulo Denuncias.

3. Investigación del accidente con apoyo del Comité Paritario en caso de contar con uno

Con el objetivo de identificar las causas que produjeron el accidente, implementar medidas de control para evitar que ocurra nuevamente y mejorar la gestión preventiva de la empresa y dar cumplimiento a la obligación del empleador de informar correcta y oportunamente a los trabajadores sobre los riesgos laborales, las medidas preventivas y los métodos de trabajo correctos.

Accidente de trayecto

Un accidente de trabajo será clasificado como “de trayecto”, de ida o regreso, si este ocurre durante los “traslados directos” entre la habitación del trabajador y el lugar donde desempeña sus funciones.

El traslado es directo, cuando el traslado es racional y no interrumpido por razones de interés personal, a menos que la interrupción por esta causa sea habitual y no responda al mero capricho. Por ejemplo, si en el trayecto de ida o regreso al lugar de trabajo, el trabajador se desvía todos los días para dejar o retirar a sus hijos del colegio. También son accidentes de trayecto los que sufre el trabajador cuando se desplaza entre dos lugares de trabajo de distintos empleadores. En este caso, es la mutualidad del empleador hacia dónde se dirigía la que debe otorgar todas las prestaciones médicas y económicas que correspondan.

No entran en esta definición aquellos accidentes en los que el trabajador se desvía de la ruta lógica que une su habitación y el lugar de trabajo, o la ocurrencia de alguna interrupción del trayecto habitual sin justificación.

¿Cómo acreditar que el accidente fue de trayecto o no?

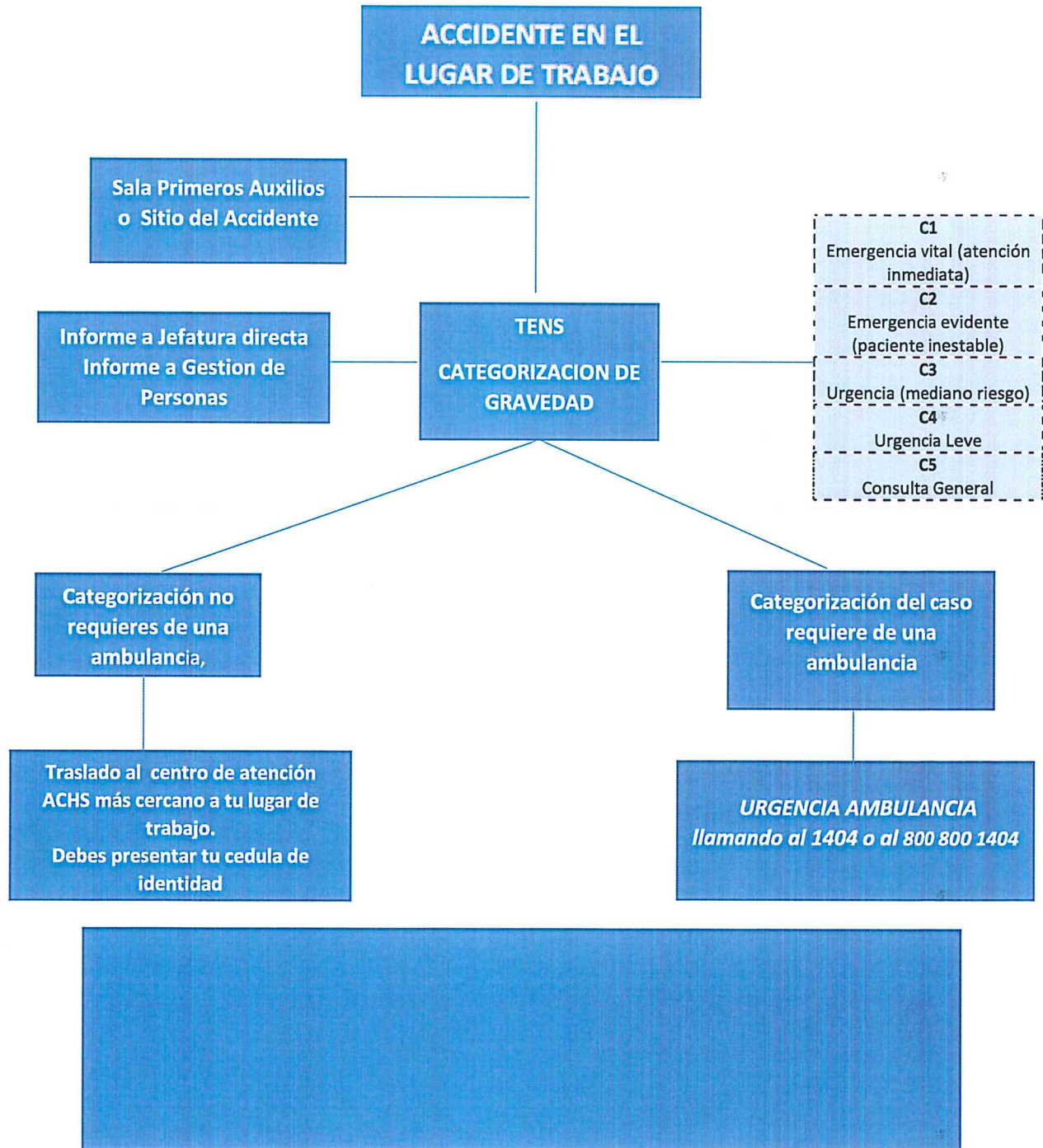
El accidentado deberá contar con evidencias que permitan acreditar que el accidente se produjo en el trayecto de ida o regreso. Las pruebas pueden ser partes de Carabineros, declaraciones de testigos, certificados de atención en el Servicio de Urgencia donde fue atendido, entre otros. Si no cuenta con estos medios, la declaración del accidentado también puede considerarse como medios de prueba, esto siempre que detalle la fecha, hora y lugar del accidente; cómo ocurrió, las posibles causas de éste, la parte del cuerpo afectada y el tipo de lesión sufrida.

Todos estos antecedentes deberán ser entregados en el centro de atención ACHS donde fue atendido, esto para que se revise la continuidad del tratamiento de acuerdo con lo contemplado en el artículo 29 de la ley 16.744, dependiendo de si se acredita como accidente de trayecto o no.

¿Cómo obtengo o sé el resultado?

Para conocer el resultado de la resolución, deberá contactar a contact center al 600 600 2247 o contactar con el mismo centro en el que recibió la atención. Si la resolución acoge el accidente como uno de trayecto, tendrá derecho a recibir todas las prestaciones que la Ley 16.744 contempla. Si se determina lo contrario, será derivado al sistema previsional de salud común en el que estés afiliado (Fonasa, Isapre o Servicio de Salud). Cuando esto sucede, los trabajadores cuentan con un plazo máximo de 90 días para apelar frente a la Superintendencia de Salud.

Protocolo de Actuación





ACCIDENTE DE TRAYECTO

Buscar atención inmediata según tu condición de salud

Estás lesionado, pero no requieres de una ambulancia,

Dirígete al centro de atención ACHS más cercano a tu lugar de trabajo.

En caso de requerir una ambulancia,

Llama o pídele a alguien más que se comuniquen **con URGENCIA** **AMBULANCIA llamando al 1404 o al 800 800 1404**

Recuerda que además debes dar aviso a tu empleador para que haga la denuncia correspondiente dentro de las próximas 24 horas, una vez que toma conocimiento del siniestro



ANEXOS

**CONSTANCIA DE ENTREGA
DE DECLARACIÓN INDIVIDUAL DEL ACCIDENTE ESCOLAR**

Dejo Constancia que el alumno(a): _____, RUT N° _____;
Quien cursa la carrera _____, jornada _____,

recibe conforme la declaración individual de Accidente Escolar, contemplado en el Artículo 3 de la Ley 16744, y se compromete a hacer uso del Seguro de Escolar.

Si el alumno (a) bajo su responsabilidad, no concurriera con dicho documento al servicio de Urgencia, dejara exenta Universidad Gabriela Mistral de cualquier responsabilidad respecto a consecuencias, efectos y gastos médicos de derivados del accidente y que pudieran presentarse a corto, mediano o largo plazo.

Firma de Alumno

RUT N°:

Fecha:

Firma de TENS o Responsable

RUT N°:

Fecha:

CONSTANCIA DE RECHAZO AL SEGURO ESCOLAR

Dejo Constancia que el Alumno (a) _____, Rut _____,
quien cursa la carrera _____, Jornada _____, **Rechaza**
el Seguro Escolar, (Contemplado en el Artículo

3 de la Ley 16744), ya que cuenta con el Beneficio de la Salud Privada, quedando exento Universidad
Gabriela Mistral de cualquier responsabilidad con respecto a las Consecuencias, Efectos y Gastos
Médicos del Accidentado que pudieran presentarse a Corto, mediano o largo plazo.

Firma de Alumno

Rut:

Fecha:

Firma de TENS o Responsable

Rut:

Fecha:



N°

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 | |
| | | DIA | MES AÑO |
| | | SEXO | |
| | | M = 1 | AÑO NACIMIENTO |
| | | F = 2 | EDAD |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | |

RESIDENCIA HABITUAL:

| | | | | | |
|-------|--------|-----------------|--------|--------|-------------|
| CALLE | NUMERO | POBLACION/VILLA | COMUNA | CIUDAD | CODIF. COM. |
|-------|--------|-----------------|--------|--------|-------------|

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

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

CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBA COMO OCURRIO - CAUSAL)

FIRMA Y TIMBRE
RECTOR O REPRESENTANTE

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL CODIGO - ESTABLEC.

DIAGNOSTICO MEDICO

| | | | |
|-----------------|------------------|-------------|------------------------|
| HOSPITALIZACION | TOTAL DIAS HOSP. | INCAPACIDAD | TOTAL DIAS INCAPACIDAD |
| SI = 1 | | SI = 1 | |
| NO = 2 | | NO = 2 | |

PARTE DEL CUERPO AFECTADA

| | | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------|
| TIPO DE INCAPACIDAD | CAUSA DE CIERRE DEL CASO | FECHA CIERRE DEL CASO |
| LEVE = 1 | ALTA MEDICA = 1 | |
| TEMPORAL = 2 | INVALIDEZ = 2 | |
| INVALIDEZ PARCIAL = 3 | ABANDONO DE | |
| INVALIDEZ TOTAL = 4 | TRATAMIENTO = 3 | |
| GRAN INVALIDEZ = 5 | MUERTE = 4 | |
| MUERTE = 6 | | |

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 Educacional, 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 educacional, 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.

Constancia de Rechazo a Derivación

Dejo Constancia que el funcionario (a) _____,

Rut, Área de trabajo _____, Rechaza la derivación de asistir a los
establecimientos de ACHS por presentar un accidente de trabajo o derivación médica por

el _____ motivo _____ de:

_____ quedando exento la Universidad Gabriela Mistral de cualquier responsabilidad con respecto a las

Consecuencias, Efectos y Gastos Médicos del Accidentado que pudieran presentarse a Corto, mediano o

largo plazo.

Firma de funcionario:

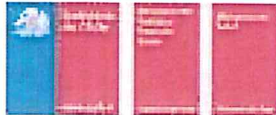
Firma de TENS o Responsable:

Rut: _____

Rut: _____

Fecha: _____

Fecha: _____



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

| | | |
|--|---|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | Fecha: |
| Codigo del Caso | Fecha de Emision | |
| A. Identificación del Empleador | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Nombre o Razón Social | | RUT |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Direccion (Calle, N°, Depto., Población, Vta., Ciudad) | | Comuna |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Actividad Económica | | Número de Teléfono |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Tipo de Empresa | | Propiedad de la Empresa |
| <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Subcontratista <input type="checkbox"/> De Servicios Transitorios | | <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada |
| Tipo de Empresa | | Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal: |
| B. Identificación del Trabajador/a | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno | | RUT |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Direccion (Calle, N°, Depto., Población, Vta., Ciudad) | | Comuna |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | Edad | Fecha de Nacimiento |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nacionalidad | Profesión u Oficio | |
| <input type="checkbox"/> Chilena <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Argentina | <input type="checkbox"/> Indefinida <input type="checkbox"/> Plazo Fijo <input type="checkbox"/> Por Obra o Favore <input type="checkbox"/> Temporaria | |
| Actividad en la Empresa | Tipo de Contrato | |
| <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador Dependiente <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente <input type="checkbox"/> Familiar no Remunerado <input type="checkbox"/> Trabajador Voluntario | Tipo de Ingreso: <input type="checkbox"/> Remuneración Fija <input type="checkbox"/> Remuneración Variable <input type="checkbox"/> Honorarios | |
| Categoría Ocupacional | | |
| C. Datos del Accidente | | |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M. | <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M. |
| Fecha del Accidente | Hora del Accidente | Hora de Ingreso al Trabajo |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Direccion (Calle, N°, Depto., Población, Vta., Ciudad) | | Comuna |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Señale que estaba haciendo al trabajar al momento o justo antes del accidente: | | Señale el lugar donde ocurrió el accidente (nombre de la sección, edificio, área, etc.): |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?: | | |
| <input type="text"/> | | |
| Señale cuál era su trabajo habitual: | | ¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Clasificación del Accidente (Artículo 16 Ley) | Tipo de Accidente | Tipo de accidente de Trayecto: |
| <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Fatal <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Trayecto | <input type="checkbox"/> Domicilio - Trabajo <input type="checkbox"/> Trabajo - Domicilio <input type="checkbox"/> Entre dos Trabajos |
| <input type="checkbox"/> Partido Carabineros <input type="checkbox"/> Declaración <input type="checkbox"/> Testigos <input type="checkbox"/> Otro | | Si es accidente de Trayecto, responda: |
| Medio de Prueba | | Detalle del Medio de Prueba |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| D. Identificación del Denunciante | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno | | RUT |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Numero de Teléfono | | Firma |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): | | |
| <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Trabajadora <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Médico Tratante <input type="checkbox"/> Comité Paritario <input type="checkbox"/> Empresa Dueña <input type="checkbox"/> Otro | | |



INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DIAT

ENCABEZAMIENTO

1. Código del Caso: Debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.
2. Fecha de Emisión: Anote el día, mes y año en que está llenando este formulario DIAT (día-mes-año).
3. Foto de la DIAT: Debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.

A. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

1. Nombre o Razón Social: Anote los datos de la entidad empleadora o representante de trabajadores accidentados (verifique el tipo de siglas y abreviaturas).
2. RUT: Anote el RUT de la entidad empleadora o empleador.
3. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote el domicilio oficial de la entidad empleadora o de la casa matriz. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
4. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra el domicilio oficial de la entidad empleadora.
5. Número de Teléfono: Anote el número telefónico del domicilio oficial de la entidad empleadora, anteponga el código de la ciudad o ciudad, según corresponda.
6. Actividad Económica: Señale qué actividad desarrolla la entidad empleadora. Anote en el casillero en blanco.
7. N° de Trabajadores: Señale cuántos hombres y cuántas mujeres trabajan en la empresa. Anote en el casillero respectivo.
8. Propiedad de la Empresa: Marque con una X al ser entidad empleadora pública o privada.
9. Tipo de Empresa: Marque con una X al ser Privada, Comercial, Subcontratista o de Servicio Transitorio.
10. Si es contratista o subcontratista, señale la actividad que desarrolla la empresa principal. Anote en el espacio en blanco.

B. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A

11. Nombre, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos del trabajador/a accidentado/a, según el orden solicitado.
12. RUT: Anote el RUT o RUT del trabajador/a accidentado/a.
13. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote los datos del domicilio del trabajador/a accidentado/a. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
14. Comuna: Anote la comuna que corresponde a la dirección del trabajador/a accidentado/a.
15. Número de Teléfono: Anote el número telefónico del trabajador/a accidentado/a, anteponga el código de la ciudad o ciudad, según corresponda.
16. Sexo: Marque con una X el casillero que corresponde al sexo del trabajador/a accidentado/a.
17. Edad: Anote la edad en años cumplidos a la fecha del accidente, del trabajador/a accidentado/a.
18. Fecha de Matriculación: Señale el día, mes y año de matriculación del trabajador/a accidentado/a (día-mes-año).
19. Puesto Original: Marque con una X el casillero correspondiente al puesto original al que pertenece el trabajador/a accidentado/a. Si no pertenece a ninguno, marque una X en Ninguno.
20. Nacionalidad: Anote la nacionalidad del trabajador/a accidentado/a.
21. Profesión u Oficio: Anote en el casillero en blanco la profesión u oficio del trabajador/a accidentado/a.
22. Antigüedad en la Empresa: Anote el número de años, meses o días que levalta desarrollando el Trabajador/a, en la empresa cuando se accidentó. Marque con una X el recuadro respectivo.
23. Tipo de Contrato: Marque con una X el casillero que corresponde al contrato del trabajador/a accidentado/a.
24. Tipo de Ingreso: Marque con una X el casillero que corresponde al tipo de ingreso que percibe el trabajador/a accidentado/a.
25. Categoría, Desempleado: Marque con una X el casillero que corresponde a la categoría ocupacional del trabajador/a accidentado/a.

C. DATOS DEL ACCIDENTE

26. Fecha del Accidente: Anote el día, mes y año en que ocurrió el accidente (día-mes-año).
27. Hora del Accidente: Anote la hora en que ocurrió el accidente en el recuadro, y marque con una X el recuadro AM o PM, según corresponda.
28. Hora de Ingreso al Trabajo: Anote la hora a la que el trabajador/a accidentado/a registró su ingreso al trabajo.
29. Hora Salida del Trabajo: Anote la hora a la que el trabajador/a accidentado/a registró su salida del trabajo.
30. Dirección del accidente (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote la dirección donde ocurrió el accidente. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
31. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra la dirección en que ocurrió el accidente.
32. Señale qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente. Anote en el espacio en blanco.
33. Señale el lugar donde ocurrió el accidente: Indique el nombre de la escuela, edificio, casa, o si fue en el trabajo forme o donde su casa al trabajo u otro lugar, etc. Anote en el espacio en blanco.
34. Describa y Cual pasó o cómo ocurrió el accidente? Anote en el espacio en blanco.
35. Señale cuál era el trabajo habitual del trabajador/a accidentado/a. Anote en el espacio en blanco.
36. Señale si el momento del accidente el trabajador/a accidentado/a estaba en su trabajo habitual. Marque con una X el casillero que corresponde, si o no.
37. Clasificación del Accidente: Marque con una X el correspondiente a un accidente calificado como "grave" o "leve" (según inciso cuarto del art. 78 de la Ley 16.744), si no está dentro de la definición en la respectiva casilla, marque "otro".
38. Tipo de Accidente: Marque con una X al ser un accidente del Trabajo o de Trayecto, según corresponda.
39. En caso de tratarse de un Accidente de Trayecto, marque con una X al Tipo de Accidente de Trayecto de que se trata. Marque con una X al Medio de Prueba que se presenta, anote detalles del Medio de Prueba en el recuadro adjunto (a) (nombre del testigo).

D. IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE

40. Nombre, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos de la persona que entregó la denuncia o Denunciante, en el orden solicitado.
41. RUT: RUT o RUT de la persona que entregó la denuncia o Denunciante.
42. Número de Teléfono: Anote el número de teléfono del Denunciante, anteponga el código de la ciudad o de ciudad, según corresponda.
43. Clasificación del denunciante o persona que entregó la denuncia, según Ley 16.744: Marque con una X el casillero que corresponde al tipo de Denunciante que se trata, puede ser el empleador o su representante, el propio trabajador/a accidentado/a, un familiar del trabajador/a accidentado/a, el Comité Paritario del lugar de trabajo del trabajador/a accidentado/a, el médico tratante, la empresa usuaria cuando se trata de un trabajador/a de una empresa de servicio transitorio u "otro", en caso de que se trate de una persona que entregó conocimiento del hecho y no está en esa lista.
44. Firma: La persona que denuncia debe firmar el formulario.

