



Hospital Dr. Dino Stagno M.
Traiguén
Servicio de Salud Araucanía Norte

	D	M	A
FECHA			

DECLARACION ACCIDENTAL LABORAL
(DAL)

Antecedentes del Accidentado

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO		
DIRECCION PARTICULAR					Edad		

Antecedentes del Accidente

Servicio, Departamento, Sección o Unidad	Fecha del Accidente			Hora del accidente		Tipo de Accidente		
				:		Trabajo		Trayecto
Labor, profesión u oficio que realiza	Clasificación de accidente (en caso de ser grave o fatal informar a la SEREMI Salud)							
	Fatal		Otros		Grave			
Sito preciso donde ocurrió el accidente	Parte del cuerpo Afectada				(varios accidentados, caída de altura de más de 2mts. , pérdida de partes del cuerpo, necesito reanimación o rescate)			
Funcionario se atiende en (Urgencia de otro hospital, ACHS, Mutual de seguridad ... especificar	Fecha y hora en que el funcionario notifica a su Jefatura							
	Fecha				Hora			
				:				

Descripción detallada del accidente

¿Qué hacía el trabajador al momento del accidente?

¿Cómo Ocurrió el accidente?

¿Qué actividad habitual le tocaba realizar al funcionario (a) Accidentado (a)?

¿Al momento del accidente el funcionario (a) desarrollaba su labor habitual?

Firma de la Jefatura del Servicio
O quien subroga