

	INFORME ACCIDENTE ESTUDIANTIL		
		Página	1/2

INSTITUCIÓN

Teléfono: _____ Fax: _____

Fecha de reporte: _____
 día mes año

DATOS GENERALES

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____
 día mes año Edad

Tipo y No. de identificación: _____

Servicio _____ Semestre _____

Dirección _____ Teléfono _____

EPS _____

ARP _____

INFORMACION SOBRE ACCIDENTE

Fecha del accidente: _____
 día mes año Hora

Servicio donde ocurrió el accidente:

Lugar exacto del accidente:

Día de la semana que ocurrió el accidente: _____

Jornada en que sucede: normal _____ extra _____

Estaba realizando su jornada habitual? SI ___ NO ___ Cuál? _____

Tipo de accidente: BIOL ___ ERG ___ SEG ___ MEC ___ ELECT ___ QUIM ___

	INFORME ACCIDENTE ESTUDIANTIL		
		Página	2/2

TIPO DE LESION

Fractura	
Quemadura	
Luxación	
Intoxicación o envenenamiento	
Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de músculo o tendón sin herida	
Asfixia	
Conmoción o trauma interno	
Lesiones múltiples	
Lesión en piel	
Efecto de la electricidad	
Amputación	
Efecto nocivo de la radiación	
Herida	
Golpe o contusión	
Trauma superficial (incluye rasguño, pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño)	
Otro	

DESCRIPCION GENERAL DEL ACCIDENTE

RECOMENDACIONES

Con este reporte debe dirigirse a la ARP en menos de 48 HORAS hábiles después de ocurrido el evento (Decreto 1295 de 1994)

Debe dirigirse a consulta médica por urgencias.

- Seguimiento protocolo de riesgo biológico
- Tomar los siguientes exámenes a la fuente: VIH, VDRL (Serología), HEPATITIS B y HEPATITIS C.
- Reportar a Coordinación Prácticas y Dirección Programa Medicina

DATOS DE LA FUENTE: CONOCIDA: _____ DESCONOCIDA _____

NOMBRE DE LA FUENTE: _____

NÚMERO HISTORIA CLINICA: _____

RESPONSABLE DEL INFORME _____

CC _____ Cargo: _____