


Instituto Nacional de Seguros
Departamento de Gestión Operativa y SOA.

Instructivo
Aviso de accidente RT para casos probables de
COVID 19

2020

Pasos a seguir para llenar el aviso de accidente RT para los casos con sospecha de COVID 19.

1. Datos del trabajador completo.

GRUPO	 INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo	AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO Y ORDEN DE ATENCIÓN MÉDICA
		CASO NUMERO <input type="text"/>

Señor Patrono: Este documento constituye una declaración de que el evento ocurrió en tiempo y forma. Debe ser llenado con un solo tipo de letra, legible, sin borrones o tachones, ni cualquier alteración que permita dudar de la autenticidad del documento. Favor llenar TODOS los campos solicitados.

DATOS RELATIVOS AL TRABAJADOR					
Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombre Completo:	
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo <input type="checkbox"/> DIMEX		Ocupación:		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado Judicial <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe <input type="checkbox"/> Otro _____	
Identificación:					
Fecha de nacimiento:		Nacionalidad:		Género	
Día ____ Mes ____ Año ____				<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Dirección exacta:					
Calle:		Avenida:		Otras señas:	
Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:		Correo electrónico:	
				Lugar de residencia Provincia: Cantón: Distrito:	

2. Datos del patrono completo.

DATOS RELATIVOS A LA RELACIÓN LABORAL					
Número de Póliza:			Nombre del Patrono:		
Lugar de trabajo:					
Correo electrónico:		Teléfono de la Oficina:		Fax:	
Forma de pago <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> No Mensual		Fecha de ingreso a la empresa Día ____ Mes ____ Año ____		Días laborados por semana 1 2 3 4 5 6 7	

3. Datos del accidente.

DATOS RELATIVOS AL ACCIDENTE		
Forma de accidente		
<input type="checkbox"/> Caídas de personas	<input type="checkbox"/> Caídas de objetos	<input type="checkbox"/> Pisadas, choques o golpes por objetos
<input type="checkbox"/> Atrapado por un objeto o entre objetos	<input type="checkbox"/> Esfuerzos excesivos o falsos movimientos	<input type="checkbox"/> Exposición/contacto con temperaturas extremas
<input type="checkbox"/> Exposición/contacto corriente eléctrica	<input type="checkbox"/> Exposición/contacto sustancias nocivas o radiaciones	<input type="checkbox"/> Otras formas de accidente
Descripción del accidente (¿qué hacía? ¿Cómo sucedió?)		
*Agente material <input type="checkbox"/> Máquinas <input type="checkbox"/> Materias, sustancias y radiaciones <input type="checkbox"/> Medio Transporte <input type="checkbox"/> Ambiente de trabajo <input type="checkbox"/> Otros aparatos <input type="checkbox"/> Otros agentes		Causa externa (Lesiones que son consecuencia de un agente externo, que si eso no estuviera presente, no se hubiera provocado el accidente)
Mecanismo de trauma que ocasiona la lesión		
<input type="checkbox"/> Golpe Directo	<input type="checkbox"/> Distorsivo (torcedura)	<input type="checkbox"/> Sobre esfuerzo <input type="checkbox"/> Heridas <input type="checkbox"/> Otros: _____
Lugar del accidente		
<input type="checkbox"/> Puesto de trabajo habitual, dentro o fuera del centro de trabajo	<input type="checkbox"/> Otro lugar dentro del centro de trabajo	
<input type="checkbox"/> Labores de trabajo no habituales, fuera del centro de trabajo	<input type="checkbox"/> In Itinere (trayecto de la casa al trabajo o viceversa)	
Ruta habitual utilizada por el trabajador (Trayecto Trabajo -Casa y Viceversa)		
Fecha y hora del accidente Día _____ Mes _____ Año _____		Fecha en que suspende trabajo Día _____ Mes _____ Año _____
Horario laboral del día del accidente:		Hubo parte de tránsito <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Trabajador falleció: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Donde falleció: <input type="checkbox"/> En el lugar del accidente <input type="checkbox"/> En otro lugar ¿Dónde? _____		

- Forma de accidente: Exposición/contacto sustancias nocivas o radiaciones.
- Descripción del accidente:
 - Caso con posible / sospecha o confirmación de COVID 19
 - Actividad laboral que realizaba en ese momento.
 - Indicar donde estuvo el trabajador ejecutando sus funciones y expuesto al agente contagioso
 - Hace cuanto tiempo se dio la exposición al riesgo
 - Detallar el contacto presentado al agente contagioso.
 - Ocupación y en determinados casos la relación de esta con lo que estaba desempeñando y que provoca la enfermedad.
 - Síntomas que presenta el trabajador.
- Agente material: Ambientes de trabajo
- Mecanismo de trauma: Otros (Enfermedad)
- Lugar de accidente: Donde se da el contagio.
- Fecha y hora del accidente: Fecha y hora de presentación del aviso.
- Fecha suspende normal
- Donde falleció: en casos de trabajadores fallecidos a causa de la enfermedad.

4. Datos de la enfermedad laboral.

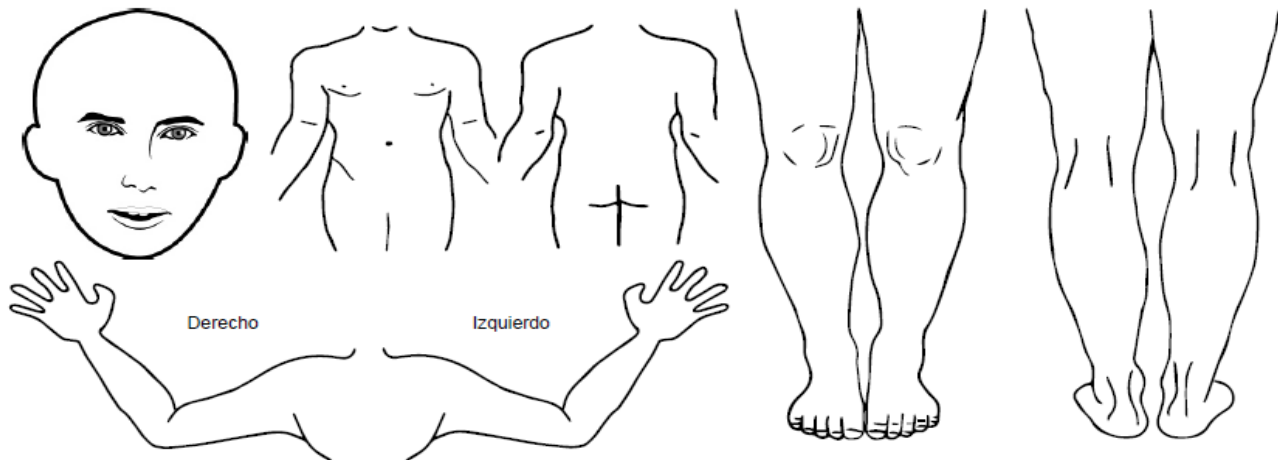
DATOS RELATIVOS A LA ENFERMEDAD LABORAL	
¿Recibió el trabajador primeros auxilios o atención médica en un centro de salud diferente al INS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Dónde? (indique el nombre del centro médico) ¿Quién? ¿Cuándo?
¿Qué origina la enfermedad laboral?	
Mencione los síntomas que presenta el trabajador (a)	
Fecha aproximada en que inició con los síntomas reportados:	En caso de enfermedad laboral indicar la fecha en que suspende labores

- Datos similares a lo expuesto en descripción de accidente, de igual manera se debe de completar.

5. Diagrama de lesiones

- En caso de enfermedad se debe de llenar únicamente el espacio de “Descripción de la parte del cuerpo lesionada” con la sintomatología que presenta el trabajador.
- Se anota caso con posible/sospecha o confirmación de COVID 19.

Favor encerrar con un círculo, el área del cuerpo según el diagrama que se lesiona el trabajador en el accidente. Si son varias, amplíe el espacio de descripción.



Descripción de la parte del cuerpo lesionada:

6. Salarios y testigos si los hubiera

Suministre los salarios brutos y los días efectivamente laborados, de las 3 planillas reportadas anteriores al accidente ante el Instituto. De haber diferencias entre un mes y otro y la misma es superior al 50% del salario bruto, se debe indicar el monto de la diferencia y a que correspondería, la razón debe ir indicada en el espacio de aclaraciones: (Salario Ordinario – Salario Extraordinario – Comisión – Salario Escolar).

MES Y AÑO	SALARIO DEVENGADO	DÍAS PAGADOS	MONTO DE DIFERENCIA	ACLARACIONES

Declaro que los nombres de las personas a continuación fueron testigos presenciales del evento.

Testigos presenciales del accidente	Dirección	Teléfono

7. Firma del patrono

PATRONO: _____	Nombre del trabajador _____
DIRECCIÓN: _____	Fecha de accidente: _____
FIRMA: _____	SELLO DE LA EMPRESA
VER AL DORSO	