



DENUNCIA DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Accidente de Trabajo ☐ Enfermedad profesional ☐ Reingreso ☐
Fecha de ingreso: Hora: N° de Siniestro:

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social: CUIT: Contrato N° CIU:
Domicilio: Localidad: Provincia:
Cod. Postal Arg: Tel: E-mail:
Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o de detección de la enfermedad:

INFORMACIÓN DE ESTABLECIMIENTO

Cód. de Estab. AFIP: CIU: Empresa Subcontratada: SI ☐ NO ☐
CUIT de Ocurrencia o Detección: Domicilio:
Localidad: Provincia: C.P: Teléfono:

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellido: CUIL: Tipo y N° de Doc.:
Domicilio: Localidad: Provincia:
C. P.: Nacionalidad: Sexo: M ☐ F ☐ Fecha de nacimiento: Estado civil:
Tarea habitual: Fecha de Ing. a la Empresa: Turno habitual: Fijo ☐ Rotativo ☐
Jornada habitual: Inicio de Jornada el día del Accidente:
Obra Social: Se le han realizado Exámenes Periódicos: SI ☐ NO ☐ Fecha de último examen:
Puesto de Trabajo en el Momento del Accidente o detección de Enfermedad Profesional:
Antigüedad en esta Tarea: Días: Meses: Años: Puesto de trabajo anterior:
Mismo Empleador: SI ☐ NO ☐ Antigüedad en esta Tarea: Días: Meses: Años: Último Salario Mensual:
Fecha del Accidente: Hora del Accidente: Fecha de baja laboral:

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

INITINERE: Denuncia Policial N° (Adjuntar copia) Comisaría:



DENUNCIA DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

ACCIDENTE DE TRABAJO

DESCRIPCIÓN DE CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE (Modo y Circunstancia en que se produjo)

Descripción del accidente de trabajo

(Ver Tabla)	Códigos	Diagnóstico	Zona del Cuerpo Afectada (Ver Tabla)	Naturaleza de la Lesión (Ver Tabla)
Forma del Accidente		1		
Agente Material Asociado		2		
		3		

ENFERMEDAD PROFESIONAL

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL (Ver Tablas al Dorso)

Agente Causante (Ver Tabla)	Agente Material Asociado (Ver Tabla)	Tiempo de Exposición al Agente (en Meses)	Diagnóstico (para ser cargado por el médico de la ART)	Fecha de Diagnóstico	Zona del Cuerpo Afectada (Ver Tabla)	Cod. de Exámen donde se detectó la EP (Ver Tabla)
			1			
			2			
			3			

CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL

Centro médico al cual fue derivado el trabajador: Teléfono:
Domicilio: Localidad: Provincia:

DATOS DEL DENUNCIANTE

Apellido y nombre del denunciante: DNI:
Lugar de Denuncia: Fecha de denuncia:
Cargo / Parentesco del Denunciante: Teléfono:

Firma



DENUNCIA DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

TABLA 1: FORMA DE ACCIDENTE

101. Caídas de personas por caídas desde alturas.
102. Caídas de personas por caídas en profundidades.
201. Derrumbe (caídas de tierra, de rocas, de piedras, de nieve).
203. Caídas de objetos en curso de manutención manual.
301. Pisada Sobre objetos.
302. Choques contra objetos inmóviles.
304. Golpes por objetos móviles.
401. Atrapamiento por un objeto.
501. Esfuerzos físicos excesivos al levantar objetos.
502. Esfuerzos físicos excesivos al empujar objetos.
601. Exposición al calor (de la atmósfera o del medio ambiente de trabajo).
602. Exposición al frío (de la atmósfera o del medio ambiente de trabajo).
603. Contacto con sustancias u objetos calientes.
605. Contacto con fuego.
702. Contacto con fuente de generación o transmisión eléctrica.
801. Contacto por inhalación de sustancias química.
802. Contacto por ingestión de sustancias químicas.
902. Incendio.
903. Atropellamiento de animales.
904. Mordedura de animales.
905. Picaduras.
906. Atropellamiento por vehículo.
907. Choque de Vehículos.
909. Agresión con armas.
910. Agresión sin armas.
911. Injuria punzocortante o contusa involuntaria.

TABLA 2: NATURALEZA DE LA LESIÓN

1 Escoriaciones	14 Quemaduras
2 Heridas punzantes	15 Cuerpo extraño en ojos
3 Heridas cortantes	23 Esguinces
5 Heridas de bala	24 Fracturas expuestas
7 Contusiones	27 Pérdida auditiva
9 Torceduras	34 Efectos de cuerpo extraño en oído
10 Luxaciones	35 Efectos de cuerpo extraño en nariz
11 Fracturas cerradas	36 Efectos por picadura
12 Amputaciones	37 Desgarro

TABLA 3: ZONA DEL CUERPO AFECTADA

1 Región craneana	34 Muñeca
2 Ojos	35 Mano
4 Oído	36 Dedos de las manos
6 Boca	40 Cadera
7 Nariz	41 Muslo
9 Cara	42 Rodilla
15 Cabeza, ubicaciones múltiples	43 Pierna
20 Región cervical	44 Tobillo
23 Tórax	45 Pie
25 Pelvis	46 Dedos de los pies
29 Tronco, ubicaciones múltiples	126 Testículos
30 Hombro	181 Ubicaciones múltiples
31 Brazo	190 Cabeza y Cuello
32 Codo	200 Miembros Superiores
33 Antebrazo	201 Miembros Inferiores

TABLA 4: AGENTE MATERIAL ASOCIADO

10702 Correas, Cables, Poleas, Cadenas	61000 Residuos	50201 Pisos
10703 Generadores De Energía Eléctrica	30906 Estanterías	50203 Escaleras
10801 Maquinarias Para Agricultura	60300 Árboles, Plantas, Cultivos	50205 Aberturas
10802 Maquinarias Para Ganadería	31304 Herramientas Manuales	50208 Ruido
10803 Tractores, Tractores Con Remolque	31402 Andamios	50209 Agua
10916 Maquinarias Para El Trabajo De Metales	20101 Grúas	50210 Fuego
10919 Maquinarias Para La Construcción	40201 Polvos	30901 Silos
31501 Cañerías De Gas, Aire, Agua, etc.	40203 Líquidos	60100 Arma De Fuego
20001 Camiones	40204 Productos Químicos	60200 Arma Blanca
20006 Automóviles	50103 Agua	31001 Altos Hornos
20007 Motocicletas	31006 Calderas	60600 Animales de Cría
20008 Bicicletas	50107 Ruido	61700 Personas
30800 Cámaras (Incluye Cámaras Frigoríficas)	50108 Fuego	
60800 Insectos, arácnidos, serpientes	50109 Humo	



DENUNCIA DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

SÓLO PARA DENUNCIA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

TABLA 5: AGENTES CAUSANTES

40036 Benceno (Res. 310/03)
40063 Derivados Del Fenol
40064 Derivados Del Petróleo
60001 Brucella
60002 Virus De La Hepatitis A
60003 Virus De La Hepatitis B Y C
60005 Mycobacterium tuberculosis
60006 Leptospira (Leptospirosis)
80004 Posiciones forzadas y gestos repetitivos (miembro superior)
80006 Sobrecarga en el uso de la voz
80011 Carga, posiciones forzadas y gestos repetitivos de la columna vertebral
90001 Ruido
90008 Vibraciones De Cuerpo Entero

TABLA 6: CODIGOS DE EXAMEN

P - Examen preocupacional	B - Prestador de ART
A - Ausencia prolongada	J - Peritaje Judicial
R - Examen periódico	M - Sala, CAP, etc
T - Transferencia de Actividad	H - Hospital Publico
E - Examen de Egreso	N - Sanatorio Privado
O - Obra Social	S - Comision Medica

IMPORTANTE

Sr. empleador, Ud. deberá denunciar el siniestro en un plazo máximo de 48 hs. hábiles de haber tomado conocimiento del mismo. (Res. S.R.T. 15/98).