|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de emisión |  |
|  |
| 1. **ANTECEDENTES LABORALES**
 |
| Centro de Costo |  | Anexo |  |
| Función del enfermo |  | Profesión u oficio |  |
| Jefe directo |  | Sección/Lab./Taller |  |
| Jefe Centro de Costo |  |
|  |
| 1. **INDIVIDUALIZACIÓN DEL ENFERMO**
 |
|  Nombre completo |  |  RUT |  |
|  e-mail |   |  Fono |   |
|  Domicilio |  |  Comuna |  |
|  |
| 1. **INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD**
 |
|  ¿Qué síntomas presenta?  |
|  Fecha de inicio de los síntomas : Parte del cuerpo afectada:  |
|  ¿Qué cosas o agentes del trabajo cree usted que le causan estas molestias? |
|  ¿Cuánto hace que sintió los primeros síntomas? DIAS MESES AÑOS Fecha desde que está expuesto: |
|  Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias SI NO Antecedentes previos SI NO |
|  Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: |

**ADJUNTAR: 1) Certificado de Horario de Trabajo y**

 **2) Registro de Asistencia**

 **FIRMA Y TIMBRE JEFE DIRECTO O JEFE ADMINISTRATIVO**

*(Art. 72 DS 101/68 MTPS) La simulación de un Accidente del Trabajo o de una Enfermedad Profesional será sancionada con multa de acuerdo al Art. 80 de la Ley y hará responsable, además, al que formuló la denuncia, del reintegro al Organismo Administrador correspondiente de todas las cantidades pagadas por éste, por concepto de prestaciones médicas o pecuniarias al supuesto accidentado del trabajo o enfermo profesional.*