|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.*