ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
EDUCACIÓN
Secretaría de Educación

ACTA DE NOTIFICACION DE ACCIDENTES ESCOLARES

DATOS DEL COLEGIO QUE NOTIFICA EL ACCIDENTE

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
Localidad: _____ Sede: _____ Jornada: Mañana __ Tarde __ Noche __ Única ____

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE ACCIDENTADO

Nombres Y Apellidos: _____ Edad: ____ Años
Tipo De Identificación: TI __ RC __ CC __ OTRO _____ No. de identificación: _____
Curso: _____ Nombre del acudiente: _____ Parentesco: _____
Nombre de la entidad en salud (EPS-subsidiada o EPS-contributiva) a la cual se encuentra afiliado el estudiante (a): _____
Se encuentra en el sistema de seguridad social en salud como población pobre no asegurada (PPNA): _____

PERSONA QUE ATIENDE EL ACCIDENTE

Docente ___ Coordinador(a) ___ Rector(a) ___ Orientador(a) ___ Profesional de la salud____ Estudiantes ___ Líder de ruta___ Otros: _____
_____

DETALLES DEL ACCIDENTE: *(señale, según el aspecto indagado, con una X el(los) cuadro(s) que correspondan según el caso)*

Fecha del accidente: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora: ____ Minutos: ____ Uso de alcohol o Sustancia Psicoactiva: Si __ No __

Lugar del accidente	□ Colegio	□ Calle	□ Casa	□ Ruta Escolar	No. de Ruta: _____	Otro: _____

LUGAR DE ATENCIÓN DEL ACCIDENTE						
□ Enfermería	□ Salón de clases	□ Patio	□ Pasillo	□ Escaleras	□ Vía pública	Otro:_____

Intencionalidad	□ Intencional	□ No intencional	□ Autoinfringido

ACTIVIDAD QUE ESTABA REALIZANDO EL ESTUDIANTE AL MOMENTO DEL ACCIDENTE						
□ Practicando deporte	□ Viajando - Transportándose	□ Peleando	□ Estudiando	□ Recreación, descansando, jugando	□ Montando bicicleta	Otra:_____

MECANISMO				
□ Accidentalidad vial □ Caída a propia altura □ Caída de altura □ Caída de escaleras □ Golpe/Fuerza contundente	□ Corte/Puñalada □ Disparo con arma de fuego □ Fuego/Llama/Humo □ Líquido Extraño/Objeto caliente	□ Pirotecnia □ Estrangulado/Ahorcado □ Inmersión/Ahogado □ Asfixia por cuerpo extraño	□ Lesión por cuerpo extraño □ Plaguicidas □ Mordedura de persona □ Mordedura de animal	□ Electricidad □ Desastre natural □ Intoxicación □ No sabe □ Otro mecanismo

NATURALEZA DE LA LESIÓN				
□ Trauma dental □ Trauma craneoencefálico □ Lesión orgánica sistemática	□ Contusión a órganos internos □ Quemadura □ Fractura	□ Luxación □ Esguince □ Lesión profundamente penetrante	□ Cortada/Mordida/Herida abierta □ Lesión superficial □ Abrasión	□ Laceración □ Ninguna □ Lesión (sin diagnostico)

PARTE DEL CUERPO AFECTADA				
□ Cráneo □ Ojos □ Maxilofacial/Nariz/Oídos □ Cuello	□ Tórax □ Abdomen □ Columna □ Pelvis/Genitales	□ Miembros superiores (brazos) □ Miembros inferiores (piernas)	□ Manos/Dedos □ Pies/Dedos □ Dientes □ Boca	□ Cadera □ Frente □ Sistémico □ Ninguno

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

ACCIONES ADELANTADAS POR EL COLEGIO FRENTE AL ACCIDENTE OCURRIDO:

DETALLES DE LA REMISIÓN DEL ESTUDIANTE AL SERVICIO DE SALUD

En caso de requerir apoyo del 123 ó ambulancia: hora de la llamada: Hora: _____ Min: _____
Nombre de la persona del 123 que atiende la llamada: _____
Instrucciones recibidas: _____

Número del móvil que asiste al colegio: _____ hora en que se presenta el móvil: Hora: _____ Min: _____
Lugar o entidad a la cual fue remitido el estudiante: _____

DATOS DE QUIEN ACOMPAÑA AL ESTUDIANTE ACCIDENTADO AL SERVICIO DE SALUD

Nombre: _____ Vínculo con el estudiante: _____ Tel. de contacto: _____
Siendo las _____, yo _____ con C.C No. _____ como padre o acudiente del estudiante accidentado(a), certifico que recibí la información necesaria por parte del Colegio acerca de la Ruta que debo seguir para la atención del accidente escolar de mi hijo(a) y/o familiar y, que recibí los siguientes documentos: Copia de la presente Acta de Notificación del Accidente y copia del documento que contiene las indicaciones para que el padre de familia realice la correspondiente gestión para el cobro según el trámite ante la Dirección de Dotaciones Escolares.
Certifico también que me fue explicado que mi hijo (a) y/o familiar, debe ingresar al servicio de urgencias por el Régimen de Salud al que por ley está afiliado(a) (EPS-SUBSIDIADA O EPS-CONTRIBUTIVA) y que posterior al momento de la facturación debo seguir la ruta indicada para efectuar el reembolso de gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios que se deriven por la atención médica brindada, a causa del accidente ocurrido derivado de actividad académica programada por la IED o SED.

FIRMA DEL PADRE O ACUDIENTE **Nombre:** _____ **C.C.** _____ **de** _____ **Teléfono(s):** _____	**FIRMA REPRESENTANTE DEL COLEGIO** **Nombre:** _____ **C.C.** _____ **de** _____ Cargo: _____