ACTA DE NOTIFICACION DE ACCIDENTES ESCOLARES

DATOS DEL COLEGIO QUE NOTIFICA EL ACCIDENTE: Escuela Nacional de Carabineros.

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Localidad: La Candelaria Sede: _____ Jornada: Mañana __ Tarde X Noche __ Única ___

IDENTIFICACION DEL ESTUDIANTE ACCIDENTADO

Nombres Y Apellidos: Shanoures Estrada Edad: ___ Años

Tipo De Identificación: TI __ RC __ CC X OTRO 415 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) ítem(s) que corresponda según el caso)*

Fecha del accidente: Día 17 Mes 11 Año 22 Hora: 10 Minutos: 25 Uso de alcohol o Sustancia Psicoactiva: Si __ No X

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

Área de ocurrencia del accidente						
X Enfermería	Salón de clases	Patio	Pasillo	Escaleras	Vía pública	Otro:

Intencionalidad			
Intencional	Intencional	No intencional	Autoinfringido

ACTIVIDAD QUE ESTABA REALIZANDO EL ESTUDIANTE AL MOMENTO DEL ACCIDENTE

Practicando deporte	Viajando - Transportándose	X Peleando	Estudiando	Recreación, descansando, jugando	Montando bicicleta	Otro:

MECANISMO

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

NATURALEZA DE LA LESIÓN

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

PARTE DEL CUERPO AFECTADA

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

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

ACCIONES ADELANTADAS POR EL COLEGIO FRENTE AL ACCIDENTE OCURRIDO:

DETALLES DE LA ATENCIÓN 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 atendió 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 instrucciones para que el padre de familia realice la correspondiente gestión para el cobro según el trámite ante la Dirección de Bienestar 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	FIRMA REPRESENTANTE DEL COLEGIO
Nombre: Karen Medina	Nombre: Francy Liliana Cancinos Rueda
C.C. 1956[illegible]006 de	C.C. 26-559-756 de Rivera (Huila)
Teléfono: 3108279773	Cargo: Coordinadora J.M.