ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
EDUCACION
Secretaría de Educación

ACTA DE NOTIFICACION DE ACCIDENTES ESCOLARES

DATOS DEL COLEGIO QUE NOTIFICA EL ACCIDENTE

Nombre: Pablo de Tarso IED Dirección: Cra 78A # 69j-43 Sur Teléfono: _____
Localidad: Bosa Sede: D Jornada: Mañana __ Tarde __ Noche __ Unica ___

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE ACCIDENTADO

Nombres Y Apellidos: Isabella Tocaremá Gonzalez Edad: 9 Años
Tipo De Identificación: TI X RC __ CC __ OTRO ___ No. de identificación: 1188226113
Curso 4 Nombre del acudiente: Daniela Tocaremá Parentesco: Hermana
Nombre de la entidad en salud (EPS-subsidiada o EPS-contributiva) a la cual se encuentra afiliado el estudiante (a): Sanitas
Se encuentra en el sistema de seguridad social en salud como población pobre no asegurada (PPNA): _____

PERSONA QUE ATIENDE EL ACCIDENTE

Docente X 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 8 Mes 03 Año 23 Hora: 13 Minutos: 40 Uso de alcohol o Sustancia Psicoactiva: Si __ No X

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

LUGAR DE ATENCIÓN DEL ACCIDENTE

☐ Enfermería	☐ Salón de clases	☐ Patio	☐ Pasillo	☐ Escaleras	☐ Vía pública	Otro: Parque

Intencionalidad	☐ Intencional	X No intencional	☐ Autoinfringido

ACTIVIDAD QUE ESTABA REALIZANDO EL ESTUDIANTE AL MOMENTO DEL ACCIDENTE

X Practicando deporte	☐ Viajando - Transportándose	☐ Peleando	☐ Estudiando	☐ Recreación, descansando, jugando	☐ Montando bicicleta	Otra:_____

MECANISMO

☐ Accidentalidad vial	☐ Corte/Puñalada	☐ Pirotecnia	☐ Lesión por cuerpo extraño	☐ Electricidad
X Caída a propia altura	☐ Disparo con arma de fuego	☐ Estrangulado/Ahorcado	☐ Plaguicidas	☐ 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	☐ Quemadura	☐ Esguince	☐ Lesión superficial	☐ Ninguna
☐ Lesión orgánica sistemática	☐ Fractura	☐ Lesión profundamente penetrante	☐ Abrasión	X Lesión (sin diagnostico)

PARTE DEL CUERPO AFECTADA

☐ Cráneo	☐ Tórax	X 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

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: 13 Min: 40
Nombre de la persona del 123 que atiende la llamada: No atendieron
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: Daniela Tocaremá Vínculo con el estudiante: Hermana Tel. de contacto: 3162819254
Siendo las 14:01, yo Daniela Tocaremá G. con C.C No. 1012443851 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	**FIRMA REPRESENTANTE DEL COLEGIO**
Nombre: Daniela Tocaremá G.	**Nombre:** Yasmin Contreras S.
C.C. 1012443851 **de** Bogotá	**C.C.** 52093760 **de** Bogotá
Teléfono(s): 3162819254.	Cargo: Docente

La hermana, Señora Daniela se compromete a llevarla al servicio de urgencias al EPS.