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

ACTA DE NOTIFICACION DE ACCIDENTES ESCOLARES

DATOS DEL COLEGIO QUE NOTIFICA EL ACCIDENTE

Nombre: Juan Alexander Bautista Dirección: Calle 24 Sur #1a-55 Este Teléfono: 3103870030
Localidad: San Cristobal Sede: 4 Jornada: Mañana X Tarde __ Noche __ Única ___

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE ACCIDENTADO

Nombres Y Apellidos: Natalia Barrera Edad: ___ Años
Tipo De Identificación: TI X RC __ CC __ OTRO _____ No. de identificación: 1.145205589
Curso: 101 Nombre del acudiente: Flor Garzon Parentesco: Mama
Nombre de la entidad en salud (EPS-subsidiada o EPS-contributiva) a la cual se encuentra afiliado el estudiante (a): Capital Salud
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 17 Mes 10 Año 23 Hora: 4 Minutos: 45 Uso de alcohol o Sustancia Psicoactiva: Si __ No X

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

LUGAR DE ATENCIÓN DEL ACCIDENTE

Enfermería	Salón de clases	Patio	Pasillo	Escaleras	Vía pública	Otro:
						X

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:
X			X			

MECANISMO

Accidentalidad vial	Corte/Puñalada	Pirotecnia	Lesión por cuerpo extraño	Electricidad
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				X Otro mecanismo

NATURALEZA DE LA LESIÓN

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

PARTE DEL CUERPO AFECTADA

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	X Ninguno

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE Llevamos a enfermeria y remitimos al hospital

ACCIONES ADELANTADAS POR EL COLEGIO FRENTE AL ACCIDENTE OCURRIDO: San Blas

DETALLES DE LA REMISIÓN DEL ESTUDIANTE AL SERVICIO DE SALUD

En caso de requerir apoyo del 123 ó ambulancia: hora de la llamada: Hora: 5 Min: 05
Nombre de la persona del 123 que atiende la llamada: La Ambulancia no contestó y la patrulla
Instrucciones recibidas: del cuadrante del 20 de Julio se ofrecio a llevarlo al hospital San blas en compañia del docente acompañante.
Número del móvil que asiste al colegio: _____ hora en que se presenta el móvil: Hora: 5 Min: 39
Lugar o entidad a la cual fue remitido el estudiante: Hospital San Blas

DATOS DE QUIEN ACOMPAÑA AL ESTUDIANTE ACCIDENTADO AL SERVICIO DE SALUD

Nombre: Juan Bautista Vínculo con el estudiante: Docente Tel. de contacto: 3108870030
Siendo las 5:00 yo Juan Bautista con C.C No. 1.023864.106 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: Flor Garzon
C.C. 51760185 de Bogotá
Teléfono(a): Madre

FIRMA REPRESENTANTE DEL COLEGIO
Nombre: Juan Bautista
C.C. 1.023864.106 de Bogotá
Cargo: Docente enlace