

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	<h2 style="margin: 0;">ACTA DE NOTIFICACION DE ACCIDENTES ESCOLARES</h2>
--	--

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	<input type="checkbox"/> Colegio	<input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Ruta Escolar	No. de Ruta: _____ Otro: _____
LUGAR DE ATENCIÓN DEL ACCIDENTE					
<input type="checkbox"/> Enfermería	<input type="checkbox"/> Salón de clases	<input type="checkbox"/> Patio	<input type="checkbox"/> Pasillo	<input type="checkbox"/> Escaleras	<input type="checkbox"/> Vía pública Otro: _____
ACTIVIDAD QUE ESTABA REALIZANDO EL ESTUDIANTE AL MOMENTO DEL ACCIDENTE					
<input type="checkbox"/> Practicando deporte	<input type="checkbox"/> Viajando - Transportándose	<input type="checkbox"/> Peleando	<input type="checkbox"/> Estudiando	<input type="checkbox"/> Recreación, descansando, jugando	<input type="checkbox"/> Montando bicicleta Otra: _____
MECANISMO					
<input type="checkbox"/> Accidentalidad vial	<input type="checkbox"/> Corte/Puñalada	<input type="checkbox"/> Pirotecnia	<input type="checkbox"/> Lesión por cuerpo extraño	<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Desastre natural
<input type="checkbox"/> Caída a propia altura	<input type="checkbox"/> Disparo con arma de fuego	<input type="checkbox"/> Estrangulado/Ahorcado	<input type="checkbox"/> Plagüicidas	<input type="checkbox"/> Intoxicación	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> Caída de altura	<input type="checkbox"/> Fuego/Llama/Humo	<input type="checkbox"/> Inmersión/Ahogado	<input type="checkbox"/> Mordedura de persona	<input type="checkbox"/> Mordedura de animal	<input type="checkbox"/> Otro mecanismo
<input type="checkbox"/> Caída de escaleras	<input type="checkbox"/> Líquido Extraño/Objeto caliente	<input type="checkbox"/> Asfixia por cuerpo extraño			
<input type="checkbox"/> Golpe/Fuerza contundente					
NATURALEZA DE LA LESIÓN					
<input type="checkbox"/> Trauma dental	<input type="checkbox"/> Contusión a órganos internos	<input type="checkbox"/> Luxación	<input type="checkbox"/> Cortada/Mordida/Herida abierta	<input type="checkbox"/> Laceración	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Trauma craneoencefálico	<input type="checkbox"/> Quemadura	<input type="checkbox"/> Esguince	<input type="checkbox"/> Lesión superficial	<input type="checkbox"/> Lesión (sin diagnóstico)	
<input type="checkbox"/> Lesión orgánica sistemática	<input type="checkbox"/> Fractura	<input type="checkbox"/> Lesión profundamente penetrante	<input type="checkbox"/> Abrasión		
PARTE DEL CUERPO AFECTADA					
<input type="checkbox"/> Cráneo	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Miembros superiores (brazos)	<input type="checkbox"/> Manos/Dedos	<input type="checkbox"/> Cadera	<input type="checkbox"/> Frente
<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Esguince	<input type="checkbox"/> Pies/Dedos	<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Maxilofacial/Nariz/Oídos	<input type="checkbox"/> Columna	<input type="checkbox"/> Miembros inferiores (piernas)	<input type="checkbox"/> Dientes	<input type="checkbox"/> Sistémico	
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Pelvis/Genitales		<input type="checkbox"/> Boca	<input type="checkbox"/> 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 PRIMER RESPONDIENTE Nombre: _____ C.C. _____ de _____ Teléfono _____		RESPONSABLE REPORTE DE ALERTA Nombre: _____ C.C. _____ de _____ Teléfono _____	