



FORMULARIO ÚNICO DE SOLICITUD DE PRESTACIONES MÉDICAS (FUPM) (ACCIDENTE DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES)

Sucursal Receptora

Fecha Recepción

Fecha Envío

I IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD: (Marque el o los servicios a solicitar)
Según las solicitudes que se realizan se debe llenar la hoja de Anexo(s) respectiva.

RECEPCIÓN DE DENUNCIA DE ACCIDENTE DEL TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

__Anexo 1 __Anexo 1.a __Anexo 1.b

Si ya entregó el Formulario de Denuncia, indique dónde _____
(Centro de Atención y/o Centro Médico)

Sí. El Trabajador recibió Formulario de Advertencia (SUSESO)

SOLICITUD DE PRESTACIONES MEDICAS POR REINGRESO

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS (Anexo 2)

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE ACCIDENTABILIDAD

SOLICITUD DE COMPRA DE INSUMOS MÉDICOS (Anexo 3)

SOLICITUD DE REEDUCACIÓN LABORAL (Anexo 4)

SOLICITUD DE ADECUACIÓN DOMICILIARIA

SOLICITUD DE EXAMENES OCUPACIONALES _ Anexo 5 _ Anexo 5.a

II TIPO DE SOLICITANTE _____ TRABAJADOR EMPLEADOR OTRO _____

III IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE(* Datos Obligatorios)

Nombre Completo*	
RUN*	
Sexo*	
Dirección Actual*	
Ciudad*	
Teléfono Contacto*	
Teléfono Contacto 2	
Correo Electrónico	

IV IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR(* Datos Obligatorios)

Razón Social*	
RUT*	
Dirección Actual*	
Ciudad*	
Teléfono Contacto*	
Teléfono Contacto 2	
Correo Electrónico*	
Representante Legal*	

V OBSERVACIONES (Escriba observaciones pertinentes a la solicitud realizada).

FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE
Nº C.I./RUT:

Fecha de entrega anexo 1

ANEXO 1

Antecedentes requeridos una vez recibida la Denuncia y que son necesarios para la Calificación de Origen

- Formulario de Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP) o Formulario de Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT), según corresponda. Estos formularios deben ser completados con los campos obligatorios definidos.

Antecedentes adicionales a presentar en el plazo de 5 días hábiles:

I.- Los siguientes antecedentes deberán ser requeridos tanto para DIAT como DIEP

- Copia de contrato de trabajo (a excepción de trabajadores independientes y del sector público).
- Certificado de Atención de Urgencia (en caso de que ésta ya se haya otorgado)
- Certificados médicos y/o antecedentes médicos asociados al caso (esto cuando las primeras atenciones no hayan sido otorgadas mediante prestadores médicos del Instituto de Seguridad Laboral).

II.- En caso de accidente de trayecto deben ser requeridos:

- Declaración de la Víctima de accidente de Trayecto (anexo 1.a).
- Croquis o mapa que grafique lugar del accidente (se debe señalar lugar de trabajo, de la habitación del trabajador afectado y lugar donde habría ocurrido el siniestro; se debe indicar, además, las distancias aproximadas entre estos puntos y el tiempo en que debieran recorrerse estas distancias de acuerdo al medio de transporte usado).
- Copia del Registro de control de asistencia del mes en que ocurrió el accidente.
- Copia del parte de Carabineros o Constancia en caso de que existan.
- Declaración simple de testigos ya sea del accidente o hechos asociados al evento, en caso de que existan.
- Antecedentes médicos en caso de que primeras atenciones no hayan sido otorgadas mediante ISL.

III.- En caso de corresponder denuncia a enfermedad, debe ser requerido:

- Formulario Historia Ocupacional (Anexo 1.b), (deberá ser completado de acuerdo a "Instructivo de llenado de formulario de historia ocupacional del trabajador/a").

NOTA: De no enviar lo requerido en el plazo antes señalado, entonces el Instituto analizará el origen del siniestro con la información disponible.

INSTRUCCIONES

PARA EL SOLICITANTE

1. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos.
2. Verifique la documentación necesaria según sea el caso.

SUCURSAL

1. Efectúe el llenado con la documentación a la vista, la que previamente fue requerida conforme a las fichas técnicas de atención según el servicio de prestaciones médicas que corresponda.
2. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.
3. Una vez firmado este formulario, entregue una copia al solicitante que incluya la lista de chequeo de este formulario con las marcas en las casillas que correspondan a los documentos de respaldo y solicitud realizada.

FIRMA Y NOMBRE RECEPTOR

FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE

Nº C.I./RUT:

**Anexo 1.a. –
Declaración de la víctima de accidente de trayecto**

Fecha de la declaración	
Lugar en que se toma esta declaración	
Funcionario que toma la declaración	

I. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre empresa	
Dirección	
Teléfono	

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre completo	
Cédula de identidad	
Edad	
Dirección Particular	
Teléfono	
Dirección del lugar donde Trabaja	
Horario de trabajo del día del accidente	Hora entrada: _____ Hora salida: _____
Régimen Salud (marque con una X)	FONASA: _____ ISAPRE: _____

III. ANTECEDENTES DEL ACCIDENTE

a) Fecha y hora en que ocurrió el accidente:	Fecha: _____ Hora: _____
b) Desde dónde y hacia donde se dirigía cuando ocurrió el accidente:	
c) Describa detalladamente cómo ocurrió el accidente: lugar (calles, estación de metro, etc.), medio de transporte que utilizaba (transporte público, bicicleta, caminando), mecanismo causal (caída, golpe, choque, atropello, etc.) posible causa (desnivel en el piso, poca visibilidad, etc.), parte del cuerpo lesionada, y demás circunstancias que recuerde:	
d) Si recibió atención de urgencia en otro centro médico (público o privado), o en una consulta privada, indique el nombre del recinto o profesional, la fecha y hora de su atención y si cuenta con algún documento que la acredite (ficha de ingreso, boleta de honorarios, receta médica, etc.):	
e) Si existen testigos de su accidente, señale sus nombres y datos de contacto, si los conoce:	

<p>f) Indique si posee un parte policial, una constancia ante carabineros, denuncia ante una compañía de seguros u otro tipo de pruebas (fotografías del lugar del accidente, boletos del medio transporte utilizado, etc.):</p>	
<p>g) Indique cuándo y cómo dio aviso a su empleador o a través de quién le informó de su accidente e identifique a la persona a quien se lo comunicó.</p>	

He sido informado que todos los antecedentes, documentos o declaraciones de testigos que posea y que acrediten mi accidente, deben ser entregados al Instituto de Seguridad Laboral, dentro del plazo de 5 días (excluyendo sábados, domingos y festivos).

Declaro que los hechos e información que forman parte de este documento son fidedignos.

Firma del Trabajador(a)

La simulación de un accidente del trabajo puede ser sancionada y da lugar al cobro de las prestaciones indebidamente obtenidas. Ello conforme a lo establecido al efecto por el artículo 43 de la Ley N° 12.084, el que dispone que “Incurrirán en las penas establecidas en el artículo 210 del Código Penal, los que hicieren declaraciones falsas en certificados de supervivencia, de estado civil y demás que se exigen para el otorgamiento de beneficios de previsión.”

***Formulario de acuerdo a Circular N°3221 del 7 de abril de 2016 emitida por SUSESO, que reemplaza a la N°3154, de 30 de septiembre 2015.**

Anexo 1.b FORMULARIO HISTORIA OCUPACIONAL

NOMBRE		EMPRESA (última)	
RUT		RUT EMPRESA (última)	
EDAD		FECHA REALIZACIÓN	
FECHA NACIMIENTO		REALIZADO POR	
DOMICILIO		PATOLOGÍA EN ESTUDIO	
FONO		AGENTE DE RIESGO A EVALUAR	

	EMPRESA	RUT EMPRESA	FECHA INGRESO	FECHA SALIDA	CIUDAD	TIEMPO EN LA EMPRESA	CARGO	ORG. ADM.	RIESGO*	BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES TAREAS REALIZADAS (precisar peso, uso de herramientas y otros)
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

* El o los riesgos aquí especificados se fundamentan en la declaración realizada por el/la trabajador/a, sin que, medien evaluaciones de Riesgo cualitativas o cuantitativas elaboradas por el Instituto de Seguridad Laboral

(FIRMA TRABAJADOR)

RUT:
FECHA DE FIRMA:

(FIRMA FUNCIONARIO ISL)

RUT:
FECHA DE FIRMA

ANEXO 2

Antecedentes para la solicitud de reembolsos de gastos médicos

Tipos de Reembolsos

- Gastos de Medicamentos**
- Receta otorgada por el médico tratante
- Original del comprobante de boleta o factura que justifique el gasto médico asociado
- Otros (especificar): _____

- Gastos de Insumos**
- Receta otorgada por el médico tratante
- Original del comprobante de boleta o factura que justifique el gasto médico asociado
- Otros (especificar): _____

- Gastos de Traslados**
- Documento comprobante de Citación o atención médica
- Boletos de Traslados originales
- Otros (especificar): _____

INDIQUE SU OPCIÓN PARA COBRAR EL MONTO DEL REEMBOLSO:

- Yo en mi calidad de trabajador(a) afectado y solicitante del reembolso.
- Otra persona a quien yo autorizo por medio de:
 - Poder simple suscrito ante Notario o poder por escritura pública (el documento se adjunta a esta solicitud)
 - Copia de resolución judicial (caso de trabajadores(as) interdictos u otros)

Se deben adjuntar el poder o la copia de resolución.

Nombre completo de la persona que cobra:		RUN	
x"	Modalidad para cobrar el reembolso (Marque con una "x" y complete)		
	Banco Estado	Cuenta RUT N°	
	Banco Estado	Tipo Cuenta y N°	
	Banco Estado	Pago por caja (*)	
	Otro Banco (¿cuál?):	Cta. Cte. N°	
		Cta. Vista N°	
		Cta. Ahorro N°	

(*): En Banco Estado se puede realizar el pago en efectivo por caja y si el monto es superior al millón de pesos se entrega un vale vista. Si el pago se realiza por medio de Banco Estado, una vez que los dineros para el pago se encuentran en el Banco, hay un plazo de 60 días para cobrar, de no retirar el dinero, el Banco desactiva el pago, y esto significa que es necesario solicitar la revalidación de la operación, acción que se debe realizar en el Instituto de Seguridad Laboral. Una vez que se solicita la revalidación, el tiempo de espera para realizar el cobro nuevamente en Banco Estado es de 10 días hábiles.

IMPORTANTE:

- ❖ **El poder autorizado ante Notario o por poder por escritura pública debe contener el siguiente texto "otorgo poder, para que en mi nombre y representación, la persona identificada en este poder cobre los beneficios de la Ley 16.744".**
- ❖ **A menos que diga otra cosa, se considerará un año como vigencia del poder, desde su otorgamiento.**

FIRMA DEL TRABAJADOR(A)
 QUE DECLARA ESTOS ANTECEDENTES DE COBRO
 N° C.I (RUN):

FIRMA Y NOMBRE
RECEPTOR EN ISL

INSTRUCCIONES

<p>PARA EL SOLICITANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos. • Verifique la documentación necesaria según sea el caso. <p>SUCURSAL</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efectúe el llenado con la documentación a la vista, la que previamente fue requerida conforme a las fichas técnicas de atención según el servicio de prestaciones médicas que corresponda. 2. Verifique que los datos sean correctos y estén completos. 3. Una vez firmado este formulario, entregue una copia al solicitante que incluya la lista de chequeo de este formulario con las marcas en las casillas que correspondan a los documentos de respaldo y solicitud realizada. 4. Adjunte los documentos correspondientes a la autorización otorgada a otra persona para cobro.
---	---

ANEXO 3

Antecedentes para la solicitud de compra o reparación de insumos médicos (Ayudas Técnicas)

- Receta otorgada por el médico tratante.
- Otros (Especificar): _____

IMPORTANTE: LOS ANTECEDENTES QUE SE SOLICITAN FACILITAN LA GESTION DE LA SOLICITUD, PERO LA FALTA DE ESTOS NO IMPIDEN QUE SE DE INICIO AL TRAMITE.

INSTRUCCIONES

PARA EL SOLICITANTE

3. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos.
4. Verifique la documentación necesaria según sea el caso.

SUCURSAL

1. Efectúe el llenado con la documentación a la vista, la que previamente fue requerida conforme a las fichas técnicas de atención según el servicio de prestaciones médicas que corresponda.
2. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.
3. Una vez firmado este formulario, entregue una copia al solicitante que incluya la lista de chequeo de este formulario con las marcas en las casillas que correspondan a los documentos de respaldo y solicitud realizada.

FIRMA Y NOMBRE RECEPTOR

FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE
Nº C.I./RUT:

ANEXO 4

Antecedentes para la solicitud de reeducación laboral

Corresponde a carta de solicitud instruida en Circular N°5 del Instituto de Seguridad Laboral

I. ANTECEDENTES GENERALES	
Nombre completo	
RUT	Edad
Fecha de nacimiento	
Dirección actual	
Ciudad	Región
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	Fecha de solicitud

(*) Documento obligatorio según circular N°5 del 20.08.2015

A.- ANTECEDENTES TIPO I							
II) <input type="checkbox"/> RESOLUCIÓN COMPIN <input type="checkbox"/> RESOLUCIÓN COMERE							
% PCG: _____ FECHA DE RESOLUCIÓN: _____							
Adjuntar Resolución COMPIN ó COMERE							
III) ANTECEDENTES EDUCACIONALES							
Acerca del máximo nivel de estudios realizado (marque con una "x" lo que corresponda)							
Ninguno	Educación Básica	Educación Media	Educación Técnica	Universitaria (pre grado)	Universitaria (postgrado)		
Adjunta Certificado que acredita el nivel educacional alcanzado por el trabajador - Describa en esta parte del formulario, los detalles del certificado, por ejemplo: organismo que lo emite, fecha del certificado, es copia o es original, etc.)							
IV) ANTECEDENTES LABORALES							
¿Qué actividad laboral realizaba al momento del accidente de trabajo o enfermedad profesional?							
Adjunta documentos que dan cuenta de las labores que realizaba al momento del accidente de trabajo o enfermedad profesional - Describa en esta parte del formulario el detalle de los documentos adjuntos, por ejemplo: es la copia del último contrato de trabajo, el acta de fiscalización de la inspección del trabajo, o en el caso de trabajadores independientes o socios de empresa que coticen se podrá adjuntar una declaración de las actividades realizadas antes del accidente o enfermedad, etc.)							
Indique si está trabajando				SI		NO	
¿Qué labor desempeña actualmente?							
V) AYUDAS TÉCNICAS							
¿Utiliza ayuda técnica con motivo de su invalidez?						SI	NO
Si usa ayuda clínica, marque la que corresponda(n) o especifique cual o cuales.							
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Catre clínico <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Otra ayuda técnica. Indique cual: _____ _____							

VI) ALTERNATIVAS DE CAPACITACIÓN DE INTERESÉS

Describir en esta parte del formulario el detalle de al menos tres áreas o posibilidades de formación diferentes a aquella en la cual el trabajador(a) ya no puede desempeñarse. Identificar en orden de preferencia.

1. _____

2. _____

3. _____

VII) CARTA DE SOLICITUD: Corresponde a carta realizada por el trabajador, en la que se indiquen a lo menos 3 posibilidades de formación, instruida en Circular N°5 del Instituto de Seguridad Laboral.

B.- ANTECEDENTES TIPO II

Son documentos que el Instituto de Seguridad Laboral gestiona internamente y no se requieren de parte del trabajador(a) que solicita la re-educación laboral.

- Ficha clínica
- Evaluación del perfil laboral por Terapeuta Ocupacional y/o Psicólogo

INSTRUCCIONES ANEXO 4**PARA EL SOLICITANTE**

1. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos.
2. Verifique la documentación necesaria según sea el caso.

SUCURSAL

1. Efectúe el llenado con la documentación a la vista, la que previamente fue requerida según lo señalado en circular N°5 del 20.08.2015.
2. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.
3. Una vez firmado este formulario, con fecha de recepción debidamente consignada, enviar a Prestaciones médicas de su región, adjuntando los antecedentes tipo I, para revisión de la documentación y posterior despacho a Prestaciones médicas de nivel central.

FIRMA Y NOMBRE RECEPTOR

FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE
Nº C.I./RUT:

ANEXO 5
FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXAMENES OCUPACIONALES

FECHA SOLICITUD / /

I.- IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR (Registrar en celdilla los antecedentes solicitados)

Nombre Empresa	Rut Empresa:
Actividad Económica	
Nombre Representante Legal	
Dirección Empresa	
E-mail responsable	Teléfono de contacto:

II.- IDENTIFICACIÓN DE TRABAJADORES A APLICAR BATERÍAS EXÁMENES OCUPACIONALES. (Registrar todos los antecedentes solicitados por cada trabajador(a) a aplicar las baterías, incluyendo código de batería. En caso de aplicar más de una batería de exámenes ocupacionales se debe registrar nuevamente el nombre del trabajador(a). (El Código de batería está disponible en la página siguiente, ítem III).

RUT TRABAJADOR	NOMBRES TRABAJADOR	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	CARGO	FECHA NACIMIENTO DD/MM/AAAA	DIRECCIÓN (AVENIDA, CALLE Y N°)	COMUNA	CORREO	TELÉFONO	CÓDIGO BATERÍA (Registrar Código Batería)

ANEXO 5
FORMULARIO SOLICITUD EXÁMENES OCUPACIONALES

III.- IDENTIFICACIÓN BATERÍAS

CÓDIGO BATERÍA	BATERÍAS <u>EXÁMENES OCUPACIONALES</u> O DE APTITUD
A-1	Trabajadores con Exposición Ocupacional a Temperaturas Extremas (frio)
A-2	Trabajadores con Exposición Ocupacional a Temperaturas Extremas (Calor)
A-3	Trabajadores con Exposición a altura Física.
A-4	Vigilante Privado.
A-5	Espacio confinado.
A-6	Brigadista de rescate
A-7	Buzo
A-8	Conducción de maquinaria pesada, transporte de pasajeros y vehículos de emergencia.
A-9	Conductor de vehículo liviano profesional o minería no profesional
A-10	Operación de equipo fijo parte móvil
A-11	Gran altura geográfica (entre 3000 y 5500 m.s.n.m) según estándar Guía Técnica Hipobaría Intermitente Crónica.

NOMBRE SOLICITANTE: _____

FIRMA SOLICITANTE: _____

ANEXO 5.a.
CONSENTIMIENTO INFORMADO EVALUACIONES DE SALUD

Yo _____ Cédula de Identidad _____,
autorizo se me realice un control de salud y toma de exámenes para establecer mi condición de salud para
trabajar en labores relacionadas con _____, y poder detectar si presento
manifestaciones de alguna enfermedad profesional relacionada con mi trabajo.

Por lo anterior autorizo la realización de los siguientes exámenes:

Los resultados de los exámenes solo podrán ser entregados a mi persona o a un tercero expresamente
autorizado para ello.

El Instituto deberá tratar la información, materia de estos exámenes conforme a lo establecido por la legislación
vigente, en especial la normativa contenida en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, normas del
Código Sanitario y demás que regulan la materia.

En la región dea día de Mes del 201 .

FIRMA DEL TRABAJADOR(A)