

|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplimentar por Dirección Gerencia del Centro                                           | <p><b>ESTE DOCUMENTO CARECE DE VALIDEZ SI NO VA FIRMADO Y SELLADO POR LA DIRECCIÓN DEL CENTRO.</b></p> <p>D/D<sup>a</sup>. ..... Director Gerente de.....</p> <p><b>CERTIFICA a efectos de la solicitud de prestación de Incapacidad Temporal por Contingencias Profesionales, que son ciertos los datos que a continuación se consignan:</b></p> <p>En..... a ..... de ..... de 20..... <b>REGISTRO DE SALIDA:</b> .....</p> <p>Fdo.: ..... Sello del Centro</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Cumplimentar por TRABAJADOR o su representante (indicar en todo caso nombre y apellidos) | <p>Apellido 1º:..... Apellido 2º: ..... Nombre: .....</p> <p>D. N. I.: ..... Domicilio:..... Nº S. Social.....</p> <p>Provincia (2):..... Municipio:..... Teléfono: .....</p> <hr/> <p>Nombre del centro al que pertenece:..... Servicio:.....</p> <p>Responsable del Centro/Servicio: .....</p> <p>Tipo de Contrato (1):..... Categoría: ..... Turno de trabajo.....</p> <p><b>DATOS DEL ACCIDENTE – INCIDENTE</b></p> <p><b>Lugar:</b> Centro Trabajo Habitual: Otro Centro: En Misión(2): In Itinere(3): Tráfico:</p> <p><b>Era su Trabajo Habitual:</b> Sí No Posible Recaída(4)</p> <p><b>FECHA ACCIDENTE – INCIDENTE:</b> ...../...../..... <b>Hora:</b> .....:.....</p> <p><b>Dirección Lugar del suceso (5):</b>.....</p> <p><b>Otros Afectados:</b> Sí Cuantos:..... No Testigos:.....</p> <p>.....</p> <p><b>Descripción del Accidente/Incidente:</b> (Descripción detallada de lo ocurrido) (6)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Lugar concreto del suceso (7):</b>..... <b>Acción que realizaba (8):</b>.....</p> <p><b>Objeto / agente material causante del suceso (9):</b> .....</p> <p>Declaro la veracidad de todos los datos aportados, en.....a..... de.....de 20.....</p> <p>Fdo.: .....</p> |
| Cumplimentar por DIRECTOR DE UGC/MANDO INTERMEDIO                                        | <p>Apellidos..... Nombre..... Categoría.....Teléfono.....</p> <p>Puedo corroborar que los hechos que declara el trabajador son ciertos en cuanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La descripción de lo ocurrido: Sí No</li><li>- La hora en que se produjo: Sí No</li><li>- El lugar en que se produjo: Sí No</li></ul> <p>Observaciones: Indique porqué no puede corroborar alguno o todos los aspectos anteriores:.....</p> <p>Declaro la veracidad de todos los datos aportados, en.....a..... de.....de 20.....</p> <p>Fdo.: .....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Datos TRABAJADOR</b>                      | <b><u>Datos del Trabajador:</u></b><br><br>Apellido 1º:..... Apellido 2º: ..... Nombre: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Cumplimentar por ASISTENCIA SANITARIA</b> | <b><u>Datos del Personal que efectúa la 1ª Asistencia</u></b><br><br>Apellidos..... Nombre.....<br>Categoría ..... UGC/Servicio.....<br>Fecha Asistencia..... Código de lesión <sup>(10)</sup> ..... Código Parte del cuerpo afectada <sup>(10)</sup> .....<br>Atendido en: CONSULTA      URGENCIAS      HOSPITALIZADO<br><b>Grado Lesión: (*)      Leve:      Grave:      Muy Grave:      Fallecimiento:</b><br><br>En.....a.....de.....de 20.....<br><br>Fdo.: |
| <b>Cumplimentar por MEDICO FAMILIA</b>       | <b>Médico de Familia<sup>(11)</sup>: D/D.<sup>a</sup> .....</b><br>Fecha Consulta..... Código de lesión..... Código Parte del cuerpo afectada.....<br><br><b>Tipo Accidente:</b> Accidente SIN BAJA      Accidente CON BAJA      RECAÍDA<br><b>Grado Lesión:      Leve:      Grave:      Muy Grave:      Fallecimiento:</b><br><br>En.....a.....de.....de 20.....<br><br>Fdo.:                                                                                   |

**(\*) Ante discrepancias en el apartado "Grado de Lesión", prevalecerá el criterio del Médico de Familia.**

**LEYENDA:**

- (1) **Tipo de Contrato:** EV (eventual), IN (interino), FI (Fijo).
- (2) **En Misión:** Viajes de servicio ordenados por la Empresa.
- (3) **In Itinere:** Al ir o al volver del lugar de trabajo.
- (4) **Posible Recaída:** Se marcará cuando el accidente no sea un accidente nuevo si no que pudiera interpretarse que es una recaída de un accidente anterior.
- (5) **Dirección Lugar del suceso:** Calle, centro de trabajo, servicio, etc... donde se produjo el accidente o incidente. Si es carretera, indicar número y Km.
- (6) **Descripción del Accidente /Incidente:** Realizar una descripción detallada de lo ocurrido, los detalles son fundamentales para la certificación del accidente o para la posterior investigación del incidente.
- (7) **Lugar concreto del suceso:** Deberá indicar si era en la consulta, nº de habitación, pasillo, aseo, etc donde se produjo el accidente o incidente.
- (8) **Acción que realizaba:** Deberá indicar la tarea que realizaba en ese momento, caminar, extraer una vía, pasar un bisturí, aseo de un paciente, etc., cuando se produjo el accidente o incidente.
- (9) **Objeto / agente material causante del suceso:** Si el accidente o incidente fue producido por algún objeto o contacto, mesa, aguja, salpicadura de sangre, vehículo, etc.
- (10) **Codificar al cuadro que se adjunta.**
- (11) **Médico de Familia:** En caso de efectuar además de la determinación de contingencia, la 1ª asistencia, deberá cumplimentar los dos apartados ASISTENCIA SANITARIA y MEDICO DE FAMILIA.