



PROTOCOLO A SEGUIR EN
CASO DE ACCIDENTE
ESCOLAR “COLEGIO NUESTRA
SEÑORA DEL HUERTO”
SANTIAGO



Colegio Nuestra Señora del Huerto
Celia Solar N°50 San Joaquín, Santiago
Fono: 232468940

Protocolo a seguir en caso de accidente escolar AÑO 2018

- 1.- En caso de alumnos con caídas leves y heridas abrasivas, se realiza la curación pertinente con suero fisiológico hasta limpiar el área y aplicándose luego gasa estéril. Una vez realizado el procedimiento se da aviso al apoderado mediante llamada telefónica y/o comunicación en libreta para informar lo ocurrido.
- 2.- En caso de contusiones se revisa de que tipo es: si es con corte o hematoma. Al ser con corte profundo se da aviso al apoderado y se traslada en taxi al alumno rápidamente al servicio de urgencias más cercano. La inspectora acompañará en todo momento al alumno, quien llevará además el formulario del seguro de accidente escolar. (Anexo).
- 3.- En caso de caídas con pérdida de conocimiento se llama al servicio de urgencias solicitando un móvil para su posterior traslado, y se llama al apoderado para que asista lo más rápido posible. En el intertanto la inspectora debe llenar el formulario del seguro de accidente escolar. (Anexo)
- 4.- En caso de caídas en los gimnasios, se evalúa el tipo de lesión para determinar si el alumno debe ser trasladado en camilla a enfermería. Si ésta compromete estado de conciencia se procederá como se explicó anteriormente (N°3).
- 5.- Si el alumno tiene un accidente de trayecto se entregará el formulario de accidente escolar.

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

(Antes de registrar los datos, lea las instrucciones al reverso)

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO: FISCAL O MUNICIPAL = 1 PARTICULAR = 2

NOMBRE ESTABLECIMIENTO	R.U.T.	CIUDAD	COMUNA
CURSO	HORARIO	FECHA REGISTRO DE LOS DATOS	<input type="text"/>

B. INDIVIDUALIZACION DEL ACCIDENTADO

SEXO M = 1 F = 2

EDAD

R.U.N.

Fecha Nacimiento

RESIDENCIA HABITUAL

CALLE	NUMERO	POBLACION / VILLA	COMUNA	CIUDAD	COORD. COM. <input type="text"/>
-------	--------	-------------------	--------	--------	----------------------------------

C. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE: (FECHA, HORA Y DIA DE LA SEMANA EN QUE SE ACCIDENTO)

DIA ACCIDENTE	ACCIDENTE
Lunes 1	
Martes 2	
Miércoles 3 <input type="checkbox"/>	DE TRAYECTO = 1 <input type="checkbox"/>
Jueves 4 <input type="checkbox"/>	EN LA ESCUELA = 2 <input type="checkbox"/>
Viernes 5	
Sábado 6	
Domingo 7	

TESTIGOS: (EN CASO DE TRAYECTO)

a) NOMBRE APELLIDO C. NAC. DE ID.

b) NOMBRE APELLIDO C. NAC. DE ID.

HORAS	MINUTOS	AÑO	MESES	DIAS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE: (DESCRIBA COMO OCURRIO: CAUSAL)

FIRMA Y TIMBRE
RECTOR O REPRESENTANTE

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE

ESTABLEC. CODIGO

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL		TOTAL DIAS INCAPACIDAD <input type="text"/>	
DIAGNOSTICO MEDICO		INCAPACIDAD SI = 1 <input type="checkbox"/> NO = 2 <input type="checkbox"/>	TOTAL DIAS HOSP. <input type="text"/>
PARTE DEL CUERPO AFECTADA		HOSPITALIZACION SI = 1 <input type="checkbox"/> NO = 2 <input type="checkbox"/>	
TIPO DE INCAPACIDAD	CAUSA DE CIERRE DEL CASO	<input type="text"/>	
Leve = 1	ALTA MEDICA = 1	AÑO MES DIA	
Temporal = 2	INVALIDEZ = 2 <input type="checkbox"/>		
Invalidez Parcial = 3 <input type="checkbox"/>	ABANDONO DE TRATAMIENTO = 3		
Invalidez Total = 4 <input type="checkbox"/>	MUERTE = 6		
Gran Invalidez = 5			
Muerte = 6			

Ventos Impresores S.A. R.U.T. 90.552.700-4 Mapocho, M. Siga 5, 9010733

SOLO ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

FIRMA DE ESTADISTICO

FORMA 79