



SOLICITUD EVALUACION ENFERMEDADES PROFESIONALES Y/O ACCIDENTES DE TRABAJO

FECHA RECEPCION COMPIN

NOMBRE COMPLETO: _____

R.U.T.: □□.□□□□.□□□□-□□ FECHA NAC. ____/____/____ TELEFONO: □□- □□□□□□

DOMICILIO: _____

MARQUE CON UNA CRUZ SU SISTEMA PREVISIONAL MARQUE CON UNA CRUZ SU CALIDAD DE
SISTEMA ANTIGUO A.F.P TRABAJADOR EMPLEADO OBRERO

ESPECIFICAR: PROFESION, ACTIVIDAD U OFICIO _____

MARQUE CON UNA CRUZ SI ESTA: TRABAJANDO CESANTE PENSIONADO

SI ES PENSIONADO DEBE PRESENTAR COPIA DEL DECRETO DE PENSION QUE PERCIBE (incluso si es de A.F.P.)

NOMBRE COMPLETO DE SU ÚLTIMO EMPLEADOR _____

DIRECCION DEL EMPLEADOR _____

ORGANISMO ADMINISTRADOR EN QUE COTIZA PORCENTAJE LEY 16.744 DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES:

ISL CODELCO ACHS IST MUTUAL DE SEGURIDAD NO SABE

MARQUE CON UNA CRUZ SI HA SIDO EVALUADO POR:

ACCIDENTE DEL TRABAJO: SI NO ENFERMEDAD PROFESIONAL: SI NO

SI USTED HA SIDO EVALUADO ANTERIORMENTE POR LAS CAUSALES MENCIONADAS, DEBE ACOMPAÑAR COPIA DE DICTAMEN Y DEL FINIQUITO DE INDEMNIZACION.

NOMBRE DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES QUE DESEA EVALUAR: _____

SI SE TRATA DE EVALUACION DE ACCIDENTE DE TRABAJO INDIQUE :

FECHA EN QUE OCURRIO: ____/____/____

ORGANISMO ADMINISTRADOR EN QUE OCURRIO: ISL CODELCO

EN CASO DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES E INCAPACIDADES MULTIPLES, DEBE PRESENTAR TRAYECTORIA LABORAL, DESDE 1968 A LA FECHA:

HISTORIA LABORAL

- RELACION ESCRITA DE TRAYECTORIA LABORAL POR ORDEN CRONOLOGICO.
- NOMBRES COMPLETOS DE EMPLEADORES Y/O EMPRESAS
- FECHA DE INGRESO Y EGRESO DE CADA TRABAJO
- OFICIOS DESEMPEÑADOS

Y LOS SIGUIENTES CERTIFICADOS:

COPIA CONTRATO O FINIQUITO DEL ULTIMO EMPLEADOR

SI HA SIDO TRABAJADOR DE CODELCO PRESENTAR CERTIFICADO DE SERVICIO ORIGINAL ACTUALIZADO.

SI ES DE AFP

CERTIFICADO DE COTIZACIONES CON NOMBRE Y RUT DE LOS EMPLEADORES DESDE _____ HASTA LA FECHA

CERTIFICADO DE PENSION EXTENDIDA POR AFP (QUE TIPO DE PENSION TIENE Y A CONTAR DE CUANDO)

SI ES DE INP

CERTIFICADO DE IMPOSICIONES

FOTOCOPIA DE RESOLUCION DE PENSION

SI DESPUES DE HABER PRESENTADO LA SOLICITUD DE EVALUACION COMIENZA A TRABAJAR O CAMBIA DE EMPLEADOR DEBERA PRESENTAR COPIA CONTRATO DE TRABAJO EN ESTA OFICINA.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR SEGÚN DAÑO A EVALUAR:

ENF. PROFESIONAL EN GRAL	<input type="checkbox"/> DECLARACION ENFERMEDAD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> INFORMES DEL MEDICO TRATANTE QUE CERTIFIQUE EL DIAGNÓSTICO (FICHA CLINICA, RADIOGRAFIAS ETC.) <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> FOTOCOPIA DE CEDULA DE IDENTIDAD POR AMBOS LADOS <input type="checkbox"/> 1 FOTO TAMAÑO CARNET CON N° DE RUT Y NOMBRE <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE RESIDENCIA
Si su enfermedad es:	Debe presentar además:
SILICOSIS	<input type="checkbox"/> RADIOGRAFÍA DE TORAX, DEBE SER MARCADA CON NOMBRE Y RUT DEL TRABAJADOR <input type="checkbox"/> ESPIROMETRÍA <input type="checkbox"/> GASES ARTERIALES EN REPOSO Y EJERCICIO
TRAUMA ACUSTICO LABORAL	<input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA
ACCIDENTE DE TRABAJO	<input type="checkbox"/> DECLARACION ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/> ANTECEDENTES MEDICOS DE APOYO, RADIOGRAFIAS E INFORMES <input type="checkbox"/> INDICACION ALTA MEDICA <input type="checkbox"/> COPIA CONTRATO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> FECHA ULTIMA LICENCIA MÉDICA
ACCIDENTE ESCOLAR	<input type="checkbox"/> DECLARACION ACCIDENTE ESCOLAR <input type="checkbox"/> ANTECEDENTES MEDICOS QUE APOYEN AL DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> INDICACION DE ALTA MEDICA
INCAPACIDAD MULTIPLE	<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE PENSION ORIGINAL Y COPIA <input type="checkbox"/> COPIA DE DICTAMENES ANTERIORES <input type="checkbox"/> FINIQUITOS DE INDEMINIZACION

FIRMA DE RECURRENTE

N° DE RUT