

# FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE ACCIDENTES



**Clínica**  
Universidad  
de los Andes

Yo \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años  
Rut: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, declaro que los documentos y la información entregada a la  
Isapre: \_\_\_\_\_, corresponden a la patología: \_\_\_\_\_,  
la cual es una enfermedad de origen:

No traumático

Traumático (fracturas, caídas, choques, esguinces, heridas, entre otras)

## En caso de ser un evento traumático, indique:

Fecha del evento: \_\_\_\_\_

Lugar del evento: \_\_\_\_\_

Hora del evento: \_\_\_\_\_

Testigos del evento: \_\_\_\_\_

Lugar de la primera atención: \_\_\_\_\_

Describa el evento ocurrido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## En caso de ser un evento no traumático, indique:

Fecha inicio de los primeros síntomas: \_\_\_\_\_

Qué evento origina el inicio de los síntomas: \_\_\_\_\_

Fecha de la primera consulta: \_\_\_\_\_

Actividad laboral: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

Fecha: \_\_\_\_\_