

La Enfermedad se detectó en (Forma de Diagnóstico)

Examen Preocupacional	P	Ausencia prolongada	A	Sanatorio Privado	N	Peritaje Judicial	J
Examen Periódico	R	Transferencia de puesto de trabajo	T	Hospital Público	H	Comisión Médica	S
Examen de Egreso	E	Obra Social	O	Consulta en Ámb. Púb. no Hospit.	M	Prestación ART	B

Forma en que se produjo el accidente

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01-Caídas de personas a nivel | <input type="checkbox"/> 11-Exposición a frío | <input type="checkbox"/> 21-Contacto con calor |
| <input type="checkbox"/> 02-Caída de personas de altura | <input type="checkbox"/> 12-Exposición a calor | <input type="checkbox"/> 22-Explosión o implosión |
| <input type="checkbox"/> 03-Caída de personas al agua | <input type="checkbox"/> 13-Exposición a radiaciones ionizantes | <input type="checkbox"/> 23-Incendio |
| <input type="checkbox"/> 04-Caída de objetos | <input type="checkbox"/> 14-Exposición a radiaciones no ionizantes | <input type="checkbox"/> 24-Atropellamiento por animales |
| <input type="checkbox"/> 05-Derrumbes o desplome de instalaciones | <input type="checkbox"/> 15-Exposición a productos químicos | <input type="checkbox"/> 25-Mordeduras por animales |
| <input type="checkbox"/> 06-Pisada sobre objetos | <input type="checkbox"/> 16-Contacto con electricidad | <input type="checkbox"/> 26-Choques de vehículos |
| <input type="checkbox"/> 07-Choque contra objetos | <input type="checkbox"/> 17-Contacto con productos químicos | <input type="checkbox"/> 27-Atropellamiento por vehículo |
| <input type="checkbox"/> 08-Golpes por objetos | <input type="checkbox"/> 18-Contacto con fuego | <input type="checkbox"/> 28-Fallas en mec. para trabajadores hiperbáricos |
| <input type="checkbox"/> 09-Aprisionamiento o Atrapamiento | <input type="checkbox"/> 19-Contacto con materiales calientes | <input type="checkbox"/> 29-Agresión con armas |
| <input type="checkbox"/> 10-Esfuerzo físico | <input type="checkbox"/> 20-Contacto con frío | <input type="checkbox"/> 30-Otras formas |

Zona del cuerpo afectada

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 001-Región craneana (cráneo, cuero cabelludo) | <input type="checkbox"/> 039-Miembro superior; ubicaciones múltiples |
| <input type="checkbox"/> 002-Ojos (con inclusión de los párpados y/o la órbita y/o del nervio óptico) | <input type="checkbox"/> 040-Cadera |
| <input type="checkbox"/> 006-Boca (con inclusión de labios y/o dientes y/o lengua) | <input type="checkbox"/> 041-Muslo |
| <input type="checkbox"/> 009-Cara (ubicación no clasificada en otros epígrafes) | <input type="checkbox"/> 042-Rodilla |
| <input type="checkbox"/> 010-Nariz y senos paranasales | <input type="checkbox"/> 043-Pierna |
| <input type="checkbox"/> 012-Aparato auditivo | <input type="checkbox"/> 044-Tobillo |
| <input type="checkbox"/> 015-Cabeza, ubicaciones múltiples | <input type="checkbox"/> 045-Pie (con excepción de los dedos solos) |
| <input type="checkbox"/> 016-Cuello | <input type="checkbox"/> 046-Dedos de los pies |
| <input type="checkbox"/> 020-Región cervical (columna vertebral y músculos adyacentes) | <input type="checkbox"/> 049-Miembro inferior; ubicaciones múltiples |
| <input type="checkbox"/> 021-Región dorsal (columna vertebral y músculos adyacentes) | <input type="checkbox"/> 050-Aparato cardiovascular en general |
| <input type="checkbox"/> 022-Región lumbosacra (columna vertebral y músculos adyacentes) | <input type="checkbox"/> 070-Aparato respiratorio en general |
| <input type="checkbox"/> 023-Tórax (costillas, esternón) | <input type="checkbox"/> 080-Aparato digestivo en general |
| <input type="checkbox"/> 024-Abdomen (pared abdominal) | <input type="checkbox"/> 100-Sistema nervioso en general |
| <input type="checkbox"/> 025-Pelvis | <input type="checkbox"/> 133-Mamas |
| <input type="checkbox"/> 029-Tronco, ubicaciones múltiples | <input type="checkbox"/> 134-Aparato genital en general |
| <input type="checkbox"/> 030-Hombro (con inclusión de clavícula, omóplato y axila) | <input type="checkbox"/> 135-Aparato urinario en general |
| <input type="checkbox"/> 031-Brazo | <input type="checkbox"/> 140-Sistema Hematopoyético en general |
| <input type="checkbox"/> 032-Codo | <input type="checkbox"/> 150-Sistema endocrino en general |
| <input type="checkbox"/> 033-Antebrazo | <input type="checkbox"/> 160-Piel (solo afecciones dérmicas) |
| <input type="checkbox"/> 034-Muñeca | <input type="checkbox"/> 180-Aparato psíquico en general |
| <input type="checkbox"/> 035-Mano (con excepción de los dedos solos) | <input type="checkbox"/> 181-Ubicaciones múltiples (compromiso de dos o mas zonas afectadas especificadas en la tabla) |
| <input type="checkbox"/> 036-Dedos de las manos | |

Naturaleza de la lesión

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 01-Escoriaciones | <input type="checkbox"/> 09-Torceduras y esguinces | <input type="checkbox"/> 16-Enucleación ocular |
| <input type="checkbox"/> 02-Heridas punzantes | <input type="checkbox"/> 10-Luxaciones | <input type="checkbox"/> 17-Intoxicaciones |
| <input type="checkbox"/> 03-Heridas cortantes | <input type="checkbox"/> 11-Fracturas | <input type="checkbox"/> 18-Asfixia |
| <input type="checkbox"/> 04-Heridas contuso / anfractuosa | <input type="checkbox"/> 12-Amputaciones | <input type="checkbox"/> 19-Efectos de la electricidad |
| <input type="checkbox"/> 05-Heridas de bala | <input type="checkbox"/> 13-Gangrenas | <input type="checkbox"/> 20-Efectos de las radiaciones |
| <input type="checkbox"/> 06-Pérdida de tejidos | <input type="checkbox"/> 14-Quemaduras | <input type="checkbox"/> 21-Disfunciones orgánicas |
| <input type="checkbox"/> 07-Contusiones | <input type="checkbox"/> 15-Cuerpo extraño en ojos | <input type="checkbox"/> 99-Otros |
| <input type="checkbox"/> 08-Traumatismos internos | | |

Agente causante

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01-Elementos edicios del Ambiente de Trabajo (pisos, escaleras, rampas pasarelas 01, aberturas, puertas, portones, persianas, ventanas, otros) | <input type="checkbox"/> 40-Agentes químicos señalados en el Listado de Enfermedades profesionales Dec. 658/96. |
| <input type="checkbox"/> 10-Instalaciones complementarias del ambiente de trabajo (tubos de ventilación, cañería de gas, de aire, de agua, de electricidad, de materias primas o productos de desagues, rejillas, estanterías, electricidad, vehículos o medio de transporte en general). | <input type="checkbox"/> 50-Agentes químicos no señalados en el Listado de Enfermedades profesionales Dec. 658/96. |
| <input type="checkbox"/> 20-Materiales y/o elementos utilizados en el trabajo (matrices, paralelas, bancos de trabajo, recipientes, andamios, archivos, escritorios, asientos en general, muebles en general, materias primas, productos elaborados, otros). | <input type="checkbox"/> 60-Agentes biológicos señalados en el Listado de Enfermedades profesionales Dec. 658/96. |
| <input type="checkbox"/> 30-Factores externos al ambiente de trabajo (todo elemento o factor influyente en la vía pública o en ámbitos cerrados con exclusión del lugar de trabajo. Ej.: vehículos, carteles, marquesinas, animales, armas, muebles). | <input type="checkbox"/> 70-Agentes biológicos no señalados en el Listado de Enfermedades profesionales Dec. 658/96. |
| | <input type="checkbox"/> 80-Factores termohidrométicos (Temperaturas extremas, humedad, presión, otros) |
| | <input type="checkbox"/> 90-Factores físicos (Agua, fuego, ruido, iluminación, otros) |

Instrucciones para cumplimentar la Denuncia del Accidente/Enfermedad Profesional

Ante la emergencia, actúe con los recursos médicos disponibles

- 1- Ante un accidente/enfermedad profesional notifique al CENTRO COORDINADOR al 0-800-8880-200, siempre sin excepciones.
- 2- Complete este formulario en forma precisa.
- 3- Una vez completado, deberá presentar la Solicitud de Asistencia Médica ante el prestador médico.
- 4-Envíe por correo la primera hoja-Denuncia de accidente/enfermedad a La Caja ART S.A.

El empleador está obligado a denunciar a la Aseguradora, inmediatamente de conocido, todo accidente o enfermedad profesional que sufran sus dependientes, art. 1 del Decreto 717/96. La décima cláusula del contrato de afiliación, aprobado por la Resolución de Superintendencia de Riesgos del Trabajo N° 39; El empleador que no formule denuncia de los hechos comprendidos en el capítulo III de la ley N° 24.557 (Contingencias y situaciones cubiertas por la Ley sobre Riesgos del Trabajo), dentro de los plazos establecidos por la reglamentación (Resolución de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo N° 78, el Empleador entregará el formulario de Solicitud de Asistencia Médica al prestador previo a la prestación, y remitirá a la Aseguradora este formulario de Denuncia en un plazo no mayor a los 3 días hábiles de ocurrido el hecho), deberá abonar a la aseguradora en concepto de cláusula penal, la cantidad de A.M.P.O. indicadas en el anexo I del contrato de afiliación suscripto (por primera omisión 100 AMPOS por cada omisión, más de 10 omisiones 1000 AMPOS por cada omisión), salvo que la omisión de la denuncia en el plazo de la denuncia en el plazo establecido no sea imputable al empleador.