



COMANDANCIA
DEPARTAMENTO SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE
DEPARTAMENTO MÉDICO

DECLARACIÓN INDIVIDUAL DE
ACCIDENTES DE VOLUNTARIOS
D.I.A.V.

I.- DATOS GENERALES

A.- Identificación del Accidentado

1)			2)		
Nombre			Rut		
3)			4)		
Dirección (Calle, N°, Depto, Condominio/Población, Ciudad)			Comuna		Fono
6) () Hombre () Mujer	7)	8) / /	9)	10)	
Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Profesión u Oficio	
11) () Empleado () Trabajador Dependiente () Trabajador Independiente () Familiar No remunerado () Estudiante					
Categoría Ocupacional					
12)	13)	14)	15) /	16)	17)
Estado Civil	Compañía	Cargo	N° Registro Cía. y CBS	Antigüedad de Cuerpo	Antigüedad de Compañía

B.- Datos del Accidente

1)						
Oficial - Voluntario a Cargo del Acto /Cargo /Cía.						
2)	3) () AM () PM Hora		4) 10- () Ejercicio ()			
Fecha del Accidente			Hora del Acto (6-3)			Indique Clave
5)				6) () AM () PM Hora		
Dirección (Calle ,Nº ,Esquina , Comuna)				Hora Accidente		
7) Se dirigió en: () Material Mayor () Particular () Otro 7.1) Hora que llegada : () AM () PM	8) Tipo de Accidente: () Acto de Servicio () Trayecto	9) Si es accidente de <u>Trayecto</u> , responda:		10) Tipo de Accidente de Trayecto: () Domicilio – Acto de Servicio () Acto de Servicio – Domicilio () Acto de Servicio - Acto de Servicio		

1) **C.- Descripción Breve del Accidente.**

D.- Parte de Carabineros

1)		2)			
Numero de Parte Denuncia		Comisaria			
3)		4) / /		5) :	
A cargo de Carabineros (Nombre /Cargo)		Fecha		Hora	



II.- EVALUACION MEDICA

A.- Evaluación Médica

1) Nombre:

2) Cargo:

3) Compañía:

4) Evaluado por:

5) Cargo:

6) Evaluación Clínica:

17) Fecha:

18) Hora:

19) Clave del llamado:

7) Diagnóstico(s):

20) Personal del Departamento Médico responsable de la atención:

19- _____

Firma:

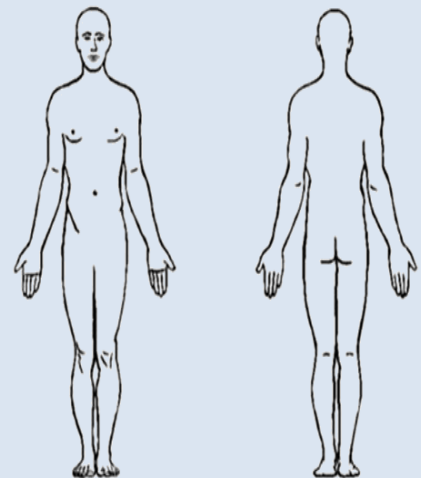
27- _____

Firma:

8) Procedimientos:

9) Indicaciones:

21) Lugar afectado del cuerpo por accidente. (Marque con una x)



10) ¿Fue trasladado a centro asistencial? Si () No ()

11) Nombre del centro asistencial:

12) ¿Fue trasladado en ambulancia? Si () No ()

13) IdentifiqueCuál: S1 () S2 () S3 () Otra:

14) Diagnóstico definitivo (dado por el centro asistencial):

22) Insumos (Uso exclusivo Departamento Médico)

15) Hospitalizado: Si () No ()

16) Reposo: Si () No ()

Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de término: ___/___/___



III.- DATOS OPERACIONALES

A.- Responda y explique las siguientes preguntas.

1) Indique los cursos realizados del voluntario accidentado (CBS/ANB/Otros):

2) En el momento del accidente quien estaba a cargo del Cuerpo:

2.1) En el momento del accidente quien estaba a cargo de la compañía:

3) Explique qué estaba haciendo en el momento inmediatamente anterior del accidente:

4) Explique el lugar donde ocurrió el accidente. (Piso, Sector, Techo, Subterráneo, Terraza, Patio, Interior, Exterior, etc.)

5) Explique que pasó, o cómo ocurrió el accidente:

6) Explique, ¿Quiénes integraban su equipo de trabajo (nombres)?, ¿Cuál era su labor o función (personal y del equipo)?, ¿Por quién era supervisado éste equipo?, ¿Quién tenía radio o linterna en el equipo?.

7) Acciones inmediatas tomadas después del accidente (por el equipo y por quien se encontraba a cargo):

8) B.- Identifique el siguiente listado :

E.P.P.	Si	No	Describa Estado y/o tipo	E.P.P. y otros	Si	No	Describa Estado y/o tipo
Chaqueta Estructural :				Equipo Resp. Autocontenido			
Jardinera Estructural :				PASS			
Chaqueta :				Radio			
Pantalon :				Linterna			
Casco :				Arnes			
Esclavina :				Camara Térmica			
Guante Estructural :				Camara Grabación Digital			
Otro tipo de guantes :				¿usaba ropa interior?			
Botas Estructurales :				¿usaba ropa bajo uniforme?			
Bototo :				¿usaba polera de algodón?			



IV.- INVESTIGACION DE ACCIDENTE

A.- Uso de encargados de Seguridad de Compañías y Departamento Seguridad y Medio Ambiente

1) **Identifique Ambiente** (Condiciones Climaticas, Hora, Condiciones de trabajo, Iluminación, Ruido, Riesgos quimicos, biológicos, otros).

2) **Identifique EPP, herramientas, equipos o vehículos** (Estado general, ¿uso correcto? ¿era apropiado su uso?, ¿conocimiento del funcionamiento de los dispositivos de seguridad?, ¿tiene un programa de mantención?, ¿se encuentra al día?).

3) **Identifique otros factores del servicio** (¿Existen procedimientos u ordenes del día? ¿Se aplicaron (Detalle lo expresado)? ¿No supo o no pudo acatar la orden (Detalle lo expresado)?, no pudo realizar la s acciones por motivos anexos (Detalle lo expresado)?).

4) **Liste las Conclusiones :**

5) **Liste los Aprendizajes y medidas a implementar para que no vuelva a ocurrir :**

C.- Identificación de quien recopila información.

1)

Cargo – Nombre – Apellido Paterno – Apellido Materno

2)

Cía

3)

RUT

4)

Celular



Instrucciones de Llenado

PARTE I

Datos Generales

A.- INDETIFICACIÓN DEL ACCIDENTADO

- 1.- Nombre de accidentado (anote el nombre COMPLETO).
- 2.- Rut (anote el numero completo con sus respectivos puntos y guiones) Ej: **0.000.000-0**
- 3.- Dirección (anote Calle, N°, Depto., Población, Ciudad). Anotar en orden solicitado.
- 4.- Comuna (anote la comuna del accidentado)
- 5.- Fono. Anote el número de celular correspondiente. Ej: **+569 000 00 00**
- 6.- Sexo (Marque Hombre / Mujer) Ej: **(x) Hombre**
- 7.- Anote su edad correspondiente Ej: **23**
- 8.- Anote su fecha de nacimiento Ej: **20/08/1991**
- 9.- Anote su Nacionalidad Ej: **Chilena**
- 10.- Anote su Profesión u Oficio Ej: **Ingeniero Civil industrial**
- 11.- Identifique la calidad de trabajador a la cual usted pertenece (Empleador, trabajador dependiente, trabajador independiente, familiar no remunerado, estudiante). Ej **(x) Empleador**
- 12.- Estado civil (Soltero, Casado, Viudo) Ej: **Soltero**
- 13.- Compañía (Anote la compañía a la cual usted pertenece) Ej: **23º**
- 14.- Cargo (Anote el cargo ACTUAL del accidentado; oficial general, director, capitán, teniente, ayudante, voluntario, inspector comandancia, ayudante comandancia) Ej: **Voluntario**
- 15.- Anote el número de registro de Compañía y CBS. El primero es proporcionado en su compañía y el segundo en proporcionado por su compañía o de lo contrario consultar en: <http://www.cbs.cl/publicaciones.php?10-estadisticas> (Nómina Alfabética de voluntarios por Compañía).
- 16.- Antigüedad de Cuerpo (Anote antigüedad en el CBS) Ej: **5 años**
- 17.- Antigüedad de Compañía (Anote antigüedad en su Compañía) Ej: **3 años**

B.- DATOS DEL ACCIDENTE

- 1.- Oficial /Voluntario a cargo del ACTO (Anote el oficial o voluntario a cargo) Ej: **Jose Astaburuaga, Teniente 1º, Cia. 23.**
- 2.- Fecha del Accidente (Anote la fecha del accidente) Ej: **10/08/14**
- 3.- Hora del Acto (Anote la hora de 6-3; llegada al lugar) Ej: **12:53 (x) pm**
- 4.- Indique Clave (Anote y complete la clave del acto) Ej: **10-0-1**
- 5.- Dirección (Anote; Calle, N°, Esquina, Comuna) Ej: **Davila Baeza Nº70, la paz, Independencia.**
- 6.- Hora del Accidente (Anote la hora exacta del accidente; Aviso a Oficial a cargo, Alerta Mayday, otro...) Ej: **08:53 (x) AM**
- 7.- Se dirigió en (material Mayor, Particular, Otro) Ej: **(x) Material Mayor**
- 7.1 Hora que llega (Hora en que bombero accidentado llega al lugar) Ej: **14:57 (x)PM**
- 8.- Tipo de Accidente (Anote si fue en el Acto de Servicio o Trayecto al acto de servicio) Ej. **(x) Acto de Servicio**
- 9.- SOLO SI ES ACCIDENTE DE TRAYECTO SIGA AL PUNTO Nº 10 , DE LO CONTRARIO DEJELO EN BLANCO
- 10.- Tipo de Accidente de trayecto (Domicilio – Acto de Servicio / Acto de Servicio – Domicilio / Acto de Servicio – Acto de Servicio)
- Ej.- **(x) Acto de Servicio – Domicilio**

C.- DESCRIPCIÓN BREVE DEL ACCIDENTE

- 1.- Descripción breve del Accidente (Anote los acontecimientos mas importantes del accidente) Ej: **"Se trato de caída de 4mts de altura desde techo falso, lo cual produjo fractura expuesta en codo y rodilla.**

D.- PARTE DE CARABINEROS

- 1.- Número de parte Denuncia (Anote el número del parte proporcionado por Carabineros) Ej. **456558-5**
- 2.- Comisaría (Anote la comisaría en cual efectuo la Constancia) Ej: **19º Comisaría de Santiago**
- 3.- A cargo de Carabineros (Anote nombre y Cargo) Ej: **Juan Soto Miranda, Cabo 1º**
- 4.- Fecha (Anote la fecha cuando se efectúo la constancia) Ej: **10/08/14**
- 5.- Hora (Anote la hora en que se efectuo la constancia) Ej: **13:57 (x)PM**

PARTE II

Evaluación Médica

A.- EVALUACIÓN MÉDICA:

- 1.- Nombre del voluntario lesionado (anote el nombre y apellido Paterno - Materno), (Ver I. Datos Generales / A. Indetificación del Accidentado / 1) Nombre)
- 2.- Cargo (anote el cargo del lesionado) Ej: Voluntario (Ver I. Datos Generales / A. Indetificación del Accidentado / 14) Cargo)
- 3.- Compañía a la que pertenece el lesionado Ej: **23**
- 4.- Nombre de quién evalúa al lesionado (anote nombre y apellido) Ej: **Juan Marquez**
- 5.- Cargo de quién evalúa al lesionado Ej: **Médico**
- 6.- Describa la evaluación clínica del lesionado Ej: **caída a nivel, aumento de volumen doloroso en tobillo derecho**
- 7.- Registre la hipótesis diagnóstica (puede ser más de una) Ej: **Fractura de tobillo derecho**
- 8.- Registre los procedimientos realizados en el lugar Ej: **Inmovilización, Aseo ocular, administración de medicamentos.**
- 9.- Registre las indicaciones dadas al voluntario en el lugar (sólo si no requirió traslado a centro asistencial) Ej: **analgesia**
- 10.- Indique si el voluntario fue trasladado a un centro asistencial (Marque con una x, Si/no) Ej: **Sí (x)**
- 11.- Registre el nombre del centro asistencial donde fue trasladado (Si punto Nº10 fue sí) Ej: **Hospital Mutual de Seguridad**
- 12.- Indique si el voluntario fue trasladado en ambulancia hasta el centro asistencial. Marque con una x

- 13.- Registre en qué ambulancia fue trasladado el lesionado, si el punto número 12 fue sí. Ej: **otro: ambulancia clínica alemana**
- 14.- **Uso exclusivo del Departamento Médico:** transcriba él o los diagnósticos realizados por el centro asistencial. Ej: **Cuerpo extraño ocular**
- 15.- **Uso exclusivo del Departamento Médico:** indique si el lesionado requirió hospitalización
- 16.- **Uso exclusivo del Departamento Médico:** indique si el centro de derivación indicó reposo. Registre las fechas de inicio y término del reposo.
- 17.- Registre fecha de la evaluación
- 18.- Registre hora de la evaluación
- 19.- Registre clave del llamado
- 20.- **Uso exclusivo del Departamento Médico:** identifique el personal del Departamento Médico responsable de la atención y/o traslado.
- 21.- Marque con una x el lugar del cuerpo afectado.
- 22.- **Uso exclusivo del Departamento Médico:** registre los insumos utilizados en la atención del lesionado.

PARTE III

Datos Operacionales

A.- RESPONDA Y EXPLIQUE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

- 1.- Indique los cursos realizados del voluntario accidentado (CBS/ANB/Otros) Ej: **PRIMAP, CAMI, ERA**
- 2.- En el momento del accidente quien estaba a cargo del cuerpo
 - 2.1.- En el momento del accidente quien estaba a cargo de la compañía. Ej: **Teniente 2º (Nombre)**
 - 3.- Explique qué estaba haciendo en el momento inmediatamente anterior del accidente Ej: **Trabajo Ofensivo en pieza segundo piso, con material de 50'.**
 - 4.- Explique el lugar donde ocurrió el accidente. Ej. **Pieza izquierda segundo piso.**
 - 5.- Explique que pasó, o cómo ocurrió el accidente. Ej: **Se sintió una sensación termica elevada, crujió el piso y de desplomó la estructura.**
 - 6.- Explique, ¿Quiénes integran su equipo de trabajo (nombres)?, Cuál es su labor o función (personal) y del equipo?, ¿por quien era supervisado éste equipo?, ¿Quién tenía radio o linterna en el equipo?. Ej: **Pitoner y ayudante, Pedro Montes y Juan vidal, trabajo ofensivo desde pieza Nº1, todos con radio, linterna, etc..)**
 - 7.- Acciones inmediatas tomadas despues del accidente, (por el equipo y por quine se encontraba a cargo). Ej: **Evacuación de la estructura y charla retroalimentación al finalizar acto /ejercicio.**

B- IDENTIFIQUE EL SIGUIENTE LISTADO: De acuerdo al listado marque con un si o no y describa estado / tipo.

E.P.P	Sí	No	Describa Estado y/o tipo.
Guantes	x		Personal o CBS. Estructural, de procedimiento médico, rescate, etc... "Estructural personal, 3 años de uso, corte en dedo pulgar y mancha de aceite en palma derecha".

PARTE IV

Investigación de Accidente

A.- USO DE ENCARGADO DE SEGURIDAD DE COMPAÑÍA Y DEPARTAMENTO SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE

- 1.- Identifique Ambiente (Identifique el ambiente respecto a condiciones climáticas, hora, día, condiciones de trabajo, iluminación, ruido, otros riesgos)
- 2.- Identifique EPP, según listado detalles operacionales (Considere lo siguiente; estado general de EPP, ¿es correcto su uso?, ¿es apropiado a su uso?, ¿sabe como funciona los dispositivos de seguridad?, ¿tiene un programa de mantención?, ¿se encuentra al día?).
- 3.- Identifique Factores Personales (Considere lo siguiente respecto al accidentado; no supo interpretar la orden (detalle lo expresado por oficial a cargo). No supo acatar la orden (detalle lo expresado por oficial a cargo). No pudo realizar la accion por motivos anexos (detalle lo expresado).
- 4.- Liste conclusiones (elabore un listado con las conclusiones del accidente/incidente)
- 5.- Liste Aprendizajes (Elabore un listado con los Aprendizajes y medidas a implementar para que no vuelva a ocurrir.)

B.- IDENTIFICACIÓN DE QUIEN RECOPILO INFORMACIÓN

- 1.- Anote en el siguiente orden (cargo, nombre, apellido paterno, apellido materno) Ej: **Teniente 3º, Juan Meza P.**
- 2.- Anote Cía (Anote Nº de compañía a la cual pertenece la persona que notifica el accidente) Ej: **23º**
- 3.- Anote rut (Anote rut con puntos y guión) Ej.: **23.123.456-7**
- 4.- Anote (Numero de Celular) Ej: **+569 000 000 00**