



PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO (Antes de cumplimentarlo lea las Instrucciones)

	DATOS	DATOS
TRABAJADOR	Apellido 1º:	Apellido 2º:
	Nombre:	Núm. Afiliación Seguridad Social:
	Núm. Libro de Matrícula:	Fecha ingreso Empresa:
	Sexo (Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>)	Fecha Nacimiento:
	Ocupación:	D.N.I./N.I.E.:
	Tipo de Contrato:	Grupo Cotización S.S.
	Régimen de Seguridad Social:	Antigüedad puesto Trabajo (meses):
	Prima: División <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epígrafe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Convenio u Ordenanza aplicable:
	Domicilio:	Municipio:
	Teléfono/s:	Provincia:
EMPRESA	Nombre:	C.I.F. o D.N.I. o N.I.E.:
	Núm. Inscripción Seguridad Social:	Domicilio:
	Teléfono/s:	Municipio:
	Plantilla:	Provincia:
CENTRO	Domicilio:	Municipio:
	Teléfono/s:	Provincia:
	Documento Asociación núm:	Actividad Económica principal:
	Núm. Inscripción Seguridad Social:	
ACCIDENTE	Fecha Accidente:	Era su lugar de Trabajo habitual (SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/>)
	Lugar Accidente:	Fecha de Baja Médica:
	En el Centro de Trabajo habitual: <input type="checkbox"/>	Hora de Trabajo del Accidente (1ª, 2ª, etc):
	Desplazamiento en Jornada Laboral: <input type="checkbox"/>	Descripción del Accidente:
	Al ir o al volver del Trabajo: <input type="checkbox"/>	
	En otro Centro o lugar de Trabajo: <input type="checkbox"/>	Forma en que se produjo:
	Indíquese Nombre y Dirección:	Aparato o agente material causante:
		Hora del día del Accidente (1 a 24):
		Día de la Semana:
		Testigo/s, Domicilio y Teléfono/s:
ASISTENCIAL	Descripción de la Lesión:	Grado de la/s Lesión/es: (Leve <input type="checkbox"/> , Grave <input type="checkbox"/> , Muy Grave <input type="checkbox"/> y/o Fallecimiento <input type="checkbox"/>)
	Parte del cuerpo lesionada:	Tipo de Establecimiento (Hospitalario <input type="checkbox"/> / Ambulatorio <input type="checkbox"/>)
	Médico que efectúa la Asistencia inmediata:	Establecimiento Sanitario:
ECONÓMICO	A) Base de Cotización mensual:	
	En el mes anterior (1):	Promedio diario base B (5)
	Días cotizados (2):	C) Subsidio:
	Base reguladora (3):	Promedio diario:
	B) Base de Cotización al año (4):	- Base Reguladora A:
	B.1- Por horas extras:	- Base Reguladora B:
	B.2- Por otros conceptos:	Total B.R. diaria (6):
Total B.1+B.2:	Indemnización 45% (7):	
D./Dª. En calidad de De la Empresa, se expide el presente Parte a _____ de _____ de 20____. Firma y Sello.		Autoridad Laboral (Sellado y Fechado)

VER DORSO

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

DE CARÁCTER GENERAL

Deberá cumplimentarse este Parte de Accidente en aquellos Accidentes de Trabajo o Recaída que conlleven la ausencia del lugar de Trabajo de al menos un día (salvedad hecha del día en que ocurrió el Accidente).

Se entiende como Recaída "la Baja Médica del Trabajador como consecuencia directa de un Accidente anterior". En estos casos deberá consignarse como fecha de ocurrencia del Accidente que la originó.

Estos Partes los cumplimentarán los Agentes de Policía Local, en el plazo máximo de **5 días hábiles** desde la fecha en que se produjo el Accidente o desde la fecha de Baja Médica.

Se confeccionarán por triplicado ejemplar, debiendo remitirse a la Autoridad Laboral, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ayuntamiento y se procede al Juzgado de Instrucción.

En los casos de aquellas rúbricas con varias casillas, se marcará/n con una **X** la/s que proceda/n.

PARA LAS DISTINTAS RÚBRICAS

1.- Datos del Trabajador.- Ocupación: describa la ocupación, profesión con el mayor detalle posible. Por ejemplo: Mecánico, Electricista, Conductor de Grúas, Pintor de Edificios, etc. Los Códigos de las Rúbricas "Tipo de Contrato de Trabajo" y "Grupo de Cotización a la Seguridad Social" serán, para cada Trabajador, las mismas que se utilizan para la cumplimentación mensual del Boletín de Cotización a la Seguridad Social (Relación nominal de Trabajadores "TC2").

Por "Antigüedad en el Puesto de Trabajo" se entenderá la relacionada con el Puesto desempeñado en el momento del Accidente o similares y tendrá, como límite máximo, el tiempo de antigüedad en la Empresa. Se consignará por meses y, en caso de que el accidentado llevará menos de un mes señalará un 1.

2.- Datos de la Empresa.- El C.I.F. (Código de Identificación Fiscal) deberá cumplimentarse con sus 9 dígitos de los cuales el primero de ellos siempre una letra. Caso de no poseerlo se consignará el D.N.I. o el N.I.E. del Empresario.

3.- Datos del Centro de Trabajo.- Se entenderá el de la Empresa en la que trabaja habitualmente el Trabajador accidentado. Por "Actividad económica principal" debe entenderse aquella cuya cifra del valor añadido, volumen de ventas o nivel de empleo supongan porcentaje de todas las Actividades que realiza la Empresa. Debe describirse de la manera más amplia y precisa posible. Por ejemplo, no consigne "Industrias de la Madera" sino "Fabricación de Envases y Embalajes de Madera" o "Fabricación de Muebles de Madera" o "Fabricación de Productos Semielaborados de Madera (Chapas, Tableros, ...), etc.

4.- Datos del Accidente.- La Rúbrica "Fecha de Baja Médica" puede no coincidir con la "Fecha del Accidente".

Lugar del Accidente.- El Código (4) deberá consignarse cuando el Accidente haya ocurrido en un Centro de Trabajo distinto al habitual, sea o no de la Empresa a la que pertenece el trabajador, o en un lugar de Trabajo que no sea propiamente un Centro de Trabajo. En los casos (2), (3) y (4) ha de indicarse nombre y dirección del lugar del Accidente.

En la Rúbrica "Hora del día del Accidente" aquella hora del Accidente con números enteros, del 1 al 24.

Se entiende los "Hora de Trabajo del Accidente" aquella de la Jornada Laboral del trabajador, en la que ocurre el Accidente (1ª, 2ª, 3ª, etc.) y se consignará también en números enteros.

En la Rúbrica "Forma en que se produjo" se consignará el Código que figura en la relación adjunta.

En la "Descripción del Accidente" se trata de recoger de forma clara y concisa el Trabajo que realizaba el accidentado y las circunstancias en que se produjo.

5.- Datos Asistenciales.- Las casillas que figuran en la Rúbrica "Grado de la Lesión" son idénticas a las que figuran en el Parte Médico de Baja, por lo que se transcribirá a este Parte el que figurase en aquel documento.

En las Rúbricas "Descripción de las Lesiones" y "Parte del cuerpo del lesionado", se consignará el Código correspondiente a cada una de ellas según las relaciones adjuntas.

6.- Datos Económicos.-

(1) Consígnese el importe de las remuneraciones que integraron la base de cotización del trabajador en el mes anterior al del Accidente, con exclusión de las cantidades percibidas por los conceptos que se enumeran en el apartado B.

Si el trabajador hubiese ingresado en la Empresa en el mismo mes en que se inicia la situación de incapacidad laboral transitoria, las remuneraciones a consignar serían las correspondientes a los días trabajados en la Empresa.

(2) Si el trabajador percibe retribución mensual y ha permanecido en Alta todo el mes, se harán constar treinta días; en otro caso, los días a que corresponda la cotización.

(3) Se obtendrá al dividir (1) entre (2).

(4) Reflejará la suma de las bases de cotización por estos conceptos en los doce meses anteriores a la Baja.

(5) Dividiendo el total de la base reguladora B por 365 días, se obtendrá el promedio diario.

(6) Es el resultado de A+B.

(7) Resulta de obtener el 75 % del (6). La cuantía del subsidio no podrá exceder del 75 por 100 del promedio diario del tope máximo de cotización mensual vigente en el momento de producirse la incapacidad laboral transitoria.

RELACIÓN DE CÓDIGOS A UTILIZAR

RÉGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

- 1.- General.
- 2.- Autónomos.
- 3.- Agrario.
- 4.- Trabajadores del Mar.
- 5.- Minería del Carbón.
- 6.- Empleados del Hogar.
- 7.- Seguro Escolar.

PARTE DEL CUERPO LESIONADA

- 60.- Cráneo.
- 61.- Cara excepto ojos.
- 62.- Ojos.
- 63.- Cuello.
- 64.- Tórax, espalda y costados.
- 65.- Región lumbar y abdomen.
- 66.- Genitales.
- 67.- Manos
- 68.- Miembros superiores (Excepto manos).
- 69.- Pies.
- 70.- Miembros inferiores (Excepto pies).
- 71.- Lesiones múltiples.
- 72.- Órganos internos.

FORMA EN QUE SE PRODUJO

- 01.- Caídas de personas a distinto nivel.
- 02.- Caídas de personas al mismo nivel.
- 03.- Caídas de objetos por desplome o derrumbamiento.
- 04.- Caídas de objetos en manipulación.
- 05.- Caídas por objetos desprendidos.
- 06.- Pisadas sobre objetos.
- 07.- Choques contra objetos inmóviles.
- 08.- Choques contra objetos móviles.
- 09.- Golpes por objetos o herramientas.
- 10.- Proyección de fragmentos o partículas.
- 11.- Atrapamiento por o entre objetos.
- 12.- Atrapamiento por vuelco de máquinas, tractores, vehículos.
- 13.- Sobre esfuerzo.
- 14.- Exposición a temperaturas ambientales extremas.
- 15.- Contactos térmicos.
- 16.- Exposición a contactos eléctricos.
- 17.- Exposición a sustancias nocivas.
- 18.- Contactos sustancias cáusticas y/o corrosivas.
- 19.- Exposiciones a radiaciones.
- 20.- Explosiones
- 21.- Incendios.
- 22.- Accidentes causados por seres vivos.
- 23.- Atropellos o golpes con vehículos.

DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES

- 30.- Fracturas.
- 31.- Luxaciones.
- 33.- Torceduras, Esguinces y Distensiones.
- 34.- Hernias discales.
- 35.- Conmociones y Traumatismos internos.
- 36.- Amputaciones y Pérdida del globo ocular.
- 37.- Otras heridas.
- 38.- Traumatismos superficiales.
- 39.- Contusiones y aplastamientos.
- 40.- Cuerpos extraños en los ojos.
- 41.- Conjuntivitis.
- 42.- Quemaduras.
- 43.- Envenenamientos e Intoxicaciones.
- 44.- Exposiciones al medio ambiente.
- 45.- Asfixias.
- 46.- Efectos de la electricidad.
- 47.- Efectos de radiaciones.
- 48.- Lesiones múltiples.
- 49.- Infartos, Derrames cerebrales y otras patologías no traumáticas

En la Rúbrica "Parte del cuerpo lesionada", la cadera se incluye entre los miembros inferiores y la clavícula en los superiores.

Para www.coet.es por Juan Carlos "Cabocop". Policía Local de Parla (Madrid)

DORSO QUE SE CITA

IMPORTANTE

En los Accidentes ocurridos en Centros de Trabajo o en desplazamiento en Jornada de Trabajo (es decir, excluyendo los de ir o volver al Trabajo) que se refieran a cualquiera de las situaciones que se recogen a continuación: Que provoque Fallecimiento del Trabajador; que el accidente sea considerado como Grave o Muy Grave, por el Facultativo que atendió al accidentado; que el Accidente afecte a más de 4 Trabajadores (pertenecan o no en su totalidad a la Plantilla de la Empresa.

Deberá constar la razón social, domicilio y teléfono de la Empresa, el nombre de los accidentados, dirección completa del lugar donde ocurrió el Accidente, así como una breve descripción del mismo.

