

Resolución N° 78/96

Bs. As., 26/6/96

VISTO La Ley N° 24.557 y el Artículo 17 del Decreto Reglamentario N° 170, de fecha 21 de febrero de 1996, y

CONSIDERANDO:

Que la denuncia del accidente de trabajo o enfermedad profesional es un requisito indispensable para el otorgamiento de las prestaciones establecidas en la Ley sobre Riesgos del Trabajo;

Que las prestaciones en especie deben otorgarse en forma oportuna a fin de conformar los objetivos de dicha Ley;

Que la Superintendencia de Riesgos del Trabajo es el organismo de fiscalización de las Aseguradoras que operan en el marco de la citada Ley.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE RIESGOS DEL TRABAJO

RESUELVE

ARTICULO 1°.- Etapa de inicio

1. La Aseguradora elaborará:

a) Formularios de Denuncia y de Ampliación de Denuncia con los datos mínimos que se indican en los anexos I y II.

b) Una lista de prestadores propios o contratados para otorgar las prestaciones en especie. En ella se identificarán los prestadores habilitados para recibir en su nombre la comunicación de la denuncia.

2. Los formularios a los que hace referencia el inciso a) del apartado anterior, deberán ser proporcionados por la Aseguradora a los empleadores afiliados, quedando autorizado el uso de fotocopias para formular denuncia de las contingencias previstas en la Ley N° 24.557.

3. Conjuntamente con dichos formularios, la Aseguradora entregará al empleador afiliado el listado de prestadores previsto en el inciso b del punto 1, el que deberá ser actualizado cuando se produzca alguna modificación.

Las bajas en dicho listado deben ser comunicadas al empleador con 48 hs. de antelación excepto en caso de fuerza mayor.

ARTICULO 2°.- Etapa de adiestramiento:

1. La Aseguradora debe indicar al empleador el procedimiento a realizar con el trabajador siniestrado y las instrucciones para llenar los formularios.

2. La Aseguradora debe indicar al prestador el trámite administrativo que debe cumplimentar ante la llegada de un trabajador siniestrado.

ARTICULO 3°.- Procedimiento inicial sugerido:

1. Accidente en el lugar de trabajo:

a) Ante la ocurrencia del accidente el empleador gestionará el traslado del trabajador al establecimiento asistencial adecuado que prestará los servicios de acuerdo a las lesiones sufridas por el trabajador.

b) El empleador entregará el Formulario de Denuncia (Anexo I) al prestador y podrá requerir constancia firmada de recepción.

En caso de tratarse de una prestadora no habilitada, el empleador remitirá la Denuncia a la Aseguradora o a uno de sus centros autorizados.

Con este trámite queda cumplimentada la obligación del empleador de poner en conocimiento de la Aseguradora la ocurrencia de un siniestro.

c) La Aseguradora deberá requerir del prestador los Formularios Parte Médico de Ingreso (con los datos mínimos que se indican en el Anexo III) y de Egreso (indicados en el Anexo IV).

d) En un plazo no mayor a las 72 horas de ocurrido el accidente, el prestador debe remitir el Parte Médico de Ingreso al empleador.

2. Accidente in itinere o presentación espontánea del trabajador ante el prestador:

a) No se ejecuta el paso descrito en el Artículo 3° apartado 1.a).

b) El prestador informa al empleador y a la Aseguradora del arribo del accidentado y le solicita que complete el Formulario de Denuncia.

c) El procedimiento se reitera desde lo descrito en el Artículo 3° apart. 1. c) hasta 1. d).

ARTICULO 4°.- Etapa de ampliación de información de la denuncia del accidente.

1. El empleador debe completar el Formulario Ampliación de Denuncia (Anexo II) y remitirlo a la Aseguradora en un plazo no mayor a los 3 días hábiles de ocurrido el hecho.

2. La Aseguradora recibe el formulario, lo controla, y completa los datos en un plazo no mayor a las 72 horas.

La Aseguradora deberá controlar el correcto llenado en contenido y forma de este formulario.

ARTICULO 5°: Etapa de alta del accidentado:

1. Cuando el prestador médico considere que el trabajador siniestrado está en condiciones de retornar a sus tareas, completa el formulario Parte Médico de Egreso (Anexo V).

2. Remite una copia del mismo al empleador y otra a la Aseguradora en un plazo no mayor a las 24 horas de otorgada el alta.

3. La Aseguradora calcula los días caídos y completa la información necesaria para satisfacer los requerimientos de la SRT.

ARTICULO 6°.- Etapa de información a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo:

1. Basada en los formularios anteriormente descritos y en su propia información, la Aseguradora generará un soporte magnético con la información, que se detalla en Anexo V.

2. La Aseguradora deberá enviar la información que la SRT requiera en los plazos y forma que ésta oportunamente determine.

ARTICULO 7º.- El contenido de los formularios que se indican en los anexos de la presente tienen el carácter de mínimo, y el diseño de dichos formularios es meramente indicativo.

ARTICULO 8º.- Regístrese, comuníquese, notifíquese, dése a la Dirección Nacional de Registro Oficial para su publicación, remítase copia autenticada al Departamento Publicaciones, Biblioteca y archívese.

DR. ROBERTO JOSE DOMINGUEZ



DENUNCIA

ASEGURADORA:

CART:

Datos del Empleador:

Razón Social: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____ N° Contrato _____

Solicitamos brinden asistencia médica al trabajador indicado a continuación, el cual ha sufrido un Accidente el día _____ a las _____ horas, mientras prestaba sus servicios para este empleador.

Datos del Trabajador:

Apellido y Nombre: _____ CUIL _____

Lugar y forma en que se produjo el siniestro: _____

Firma

Sello del empleador

DATOS A COMPLETAR POR LA ASEGURADORA

N° de expediente: _____ CIU Empleador (C° DGI) _____

Rechazo Causas del rechazo: _____

Aceptación

Nivel de Cumplimiento: 1 2 3 4

Tipo de Incapacidad Presuntiva: _____ Grado (%) _____

Tipo de Contingencia:

1) **Accidente de Trabajo:**
Diagnóstico (O.M.S. CIE-10): _____

2) **Accidente In Itínere:**
Diagnóstico (O.M.S. CIE-10): _____

3) **Enfermedad Profesional :**
Diagnóstico (O.M.S. CIE-10): _____
Agente de Riesgo: _____
Tiempo de Exposición: _____

4) **Reingreso:** N° de expediente de origen: _____

Descripción de la forma y elemento causante del accidente o Sintomatología detectada:

(*) Enfermedad profesional consignar la fecha de la primera manifestación invalidante.

Detección de la enfermedad profesional en examen:

Preocupacional Periódico Egreso Otros

Grado de la lesión: Leve Grave Mortal

Días caídos: _____ Días de Tratamiento: _____ Días de hospitalización: _____

Forma Accidente (1)	Naturaleza de lesión (2)	Zona afectada (3)	Agente causante (4)

____/____/____
Fecha de emisión

Firma Autorizada

Aclaración

AMPLIACION DE DENUNCIA:
DATOS A COMPLETAR POR EL EMPLEADOR

Datos del Empleador:

Razón Social: _____ CUIT: _____

Datos del Establecimiento en que ocurrió la contingencia:

Denominación: _____ Actividad: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Datos del Trabajador:

Apellido y Nombre: _____

CUIL: _____ Fecha Nacimiento: __/__/__ Sexo: M F

Puesto de trabajo habitual: _____

Puesto de trabajo en el momento del siniestro: _____

Fecha de ingreso a la empresa: __/__/__ Antigüedad en el puesto: _____

Turno habitual: Diurno Nocturno Rotativo Obra Social: _____

Jornada Laboral Habitual: Hora de inicio: ____:____ Hora de cierre: ____:____

Accidente:

Enfermedad:

Fecha: (*) ____/____/____ Hora inicio de jornada: ____:____ Hora accidente: ____:____

Lugar del accidente: _____

Accidente In Itínere:

Denuncia Policial N° _____ Comisaría _____

Primeros Auxilios: Médico _____ M.P. _____

Establecimiento _____

_____/_____/_____
Fecha de emisión

Firma Autorizada

Aclaración

PARTE MÉDICO DE INGRESO

Fecha: __/__/__

Hora: __:__

ASEGURADORA: _____ Código: _____

Datos del Prestador:

Razón Social: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____ TEL: _____

Especialidad: _____

Nivel de Complejidad: _____

Nombre Trabajador: _____ CUIL: _____

Domicilio: _____ TEL: _____

Razón Social Empleador: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____ TEL: _____

Accidente: Enfermedad: **Diagnóstico de Ingreso:** _____**Códigos de Lesión: (Ver tablas Anexas)**

1. Forma de accidente:

2. Naturaleza de la lesión :

3. Zona afectada:

4. Agente Causante :

	(tabla 1)
	(tabla 2)
	(tabla 3)
	(tabla 4)

Diagnóstico: Leve (S/internación) Grave (C/internación) Mortal **Tipo Tratamiento:** Domicilio Ambulatorio Hospitalario **Días de baja previstos:** _____**Accidente Inculpable** ____/____/____
Fecha de emisión_____
Firma Médico_____
MP_____
Aclaración

TABLAS RELACIONADAS

Tabla 1 - Forma de accidente.

01	Caída
02	Caída de objetos
03	Pisada sobre, choque contra o golpes por objetos (excepto caídas)
04	Aprisionamiento
05	Esfuerzo excesivo
06	Exposición a
07	Contacto con

Tabla 2 - Naturaleza de la lesión

01	Traumatismos superficiales
02	Cortes
03	Contusiones y aplastamientos
04	Torceduras y esguinces
05	Luxaciones
06	Fracturas
07	Conmociones y traumatismos internos
08	Cuerpo extraño en ojo/s
09	Pérdida del globo ocular
10	Amputaciones
11	Quemaduras
12	Intoxicaciones
13	Efectos de la electricidad
14	Efectos de las radiaciones
15	Asfixia
16	Lesiones múltiples

Tabla 3 - Zona afectada.

01	Región craneana (cráneo, cerebro, cuero cabelludo)
02	Ojo (con inclusión de la órbita y del nervio óptico)
03	Oreja
04	Boca (con inclusión de labios, dientes y lengua)
05	Nariz
06	Cara (ubicación no clasificada en otros epígrafe)
07	Cabeza, ubicaciones múltiples
08	Cuello (con inclusión de garganta y vértebras cervicales)
09	Espalda (columna vertebral y músculos adyacentes, médula espinal)
10	Tórax (costillas, esternón, órganos internos de tórax)
11	Abdomen (con inclusión de los órganos internos)

12	Pelvis
13	Hombro (con inclusión de clavícula y del omóplato)
14	Brazo
15	Codo
16	Antebrazo
17	Muñeca
18	Mano (con excepción de los dedos solos)
19	Dedos
20	Miembro superior, ubicaciones múltiples
21	Cadera
22	Muslo
23	Rodilla
24	Pierna
25	Tobillo
26	Pie (con excepción de los dedos solos)
27	Dedos de los pies
28	Miembro inferior, ubicaciones múltiples
29	Aparato circulatorio en general
30	Aparato respiratorio en general
31	Aparato digestivo en general
32	Sistema Nervioso en general

Tabla 4 - Agente causante.

01	Ambiente de trabajo
02	Vehículos
03	Maquinas
04	Herramientas
05	Fuego
06	Temperaturas extremas
07	Sustancias nocivas
08	Agentes biológicos
09	Radiaciones
10	Explosiones

PARTE MÉDICO DE EGRESO

N° EXPEDIENTE _____

ASEGURADORA: _____ Código: _____

Datos del Prestador:

Razón Social: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____ TEL: _____

Nombre Trabajador: _____ CUIL: _____

Domicilio: _____ TEL: _____

Razón Social Empleador: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____ TEL: _____

Diagnóstico de Egreso: _____

Justificación de Accidente Inculpable: _____

Pérdida de Miembros: _____

Tipo incapacidad: Temporaria Permanente Parcial Provisoria Permanente Parcial Definitiva Permanente Total Provisoria Permanente Total Definitiva Gran Invalidez

Grado de incapacidad (%) _____**Días de Tratamiento:** _____ **Días de hospitalización:** _____

Tipo egreso: Inmediato Continúa Tratamiento Fin de Tratamiento
 Abandono de Tratamiento Defunción Siniestro Inculpable
 Traslado a otro centro asistencial

Fecha de Ingreso: __/__/__**Fecha de alta:** __/__/_______
Fecha de emisión_____
Firma Médico_____
MP_____
Aclaración

Denominación	Descripción
CUIL del trabajador	CUIL del trabajador inscripto por la Aseguradora, sin separadores de por medio
Apellido y nombre del trabajador	Apellido y nombre del trabajador que figuran en el DNI para argentinos o en el documento validante para extranjeros
Sexo	F = Femenino; M = Masculino
Fecha de nacimiento	Fecha que figura en el DNI para argentinos o en el documento validante para extranjeros
Estado civil	S = Soltero; C = Casado; V = Viudo; D = Divorciado; E = Separado; H = Unión de hecho
Actividad habitual del trabajador	Código de la actividad habitualmente desarrollada por el trabajador en la empresa de acuerdo al CIUO
Puesto del trabajador	Código de actividad desarrollada en el momento del siniestro de acuerdo al CIUO
Antigüedad en el puesto	Días de permanencia en el puesto de ocurrencia del siniestro
Turno de trabajo	D = Diurno; R = Rotativo; N = Nocturno
Inicio jornada del siniestro	Hora de inicio de la jornada el día de siniestro
Hora habitual de inicio	Hora habitual de inicio de jornada
Hora habitual de cierre	Hora habitual de cierre de jornada
Ingreso a la empresa	Fecha de ingreso del trabajador a la empresa, según los registros del empleador
Valor ingreso base	Valor mensual del ingreso base según Ley 24557
CUIT del empleador	CUIT del empleador afiliado, sin separadores de por medio
Razón social	Razón social de la empresa o apellido y nombre del empleador afiliado
Actividad del empleador	Código de actividad del empleador de acuerdo al CIIU - Revisión III
Número de contrato	Número de contrato otorgado por la Aseguradora al momento del siniestro
Nivel de autoevaluación	Categoría de nivel de prevención en Higiene y Seguridad vigente en el contrato de afiliación al momento del siniestro
Número de siniestro	Número correlativo otorgado por la Aseguradora
Fecha del siniestro	Fecha de ocurrencia del hecho.
Hora del siniestro	Hora de ocurrencia del hecho.
Establecimiento del siniestro	Denominación del establecimiento donde ocurrió el siniestro

Denominación	Descripción
Actividad del establecimiento	Código de actividad del establecimiento donde ocurrió el siniestro de acuerdo al CIIU - Revisión III
Provincia del siniestro	Provincia de ocurrencia del siniestro según tabla de provincias de la DGI
Pais del siniestro	Pais de ocurrencia del siniestro según tabla de países de la DGI
Tipo de siniestro	Tipo de siniestro acaecido: T = Accidente de Trabajo; I = Accidente in Itínere; P = Enfermedad Profesional; R = Reingreso
Número siniestro anterior	Número de siniestro origen si el tipo de siniestro es Reingreso.
Gravedad	Primera estimación del siniestro: L = Leve; G = Grave; M =Mortal
Número de acta policial	Número del acta policial, en su caso
Comisaría	Identificación de la comisaría en caso de denuncia policial
Agentes causantes de la enfermedad profesional	Código de agente causante de la enfermedad profesional según Listado de Enfermedades Profesionales de la Ley 24.557
Código de detección de la enfermedad profesional	Código de examen en el que se descubre la enfermedad: P = Examen Preocupacional; R = Examen Periódico; E = Examen de Egreso; O = Otros
Agente causante de accidente	Código de agentes causantes de acuerdo a codificación de tabla anexa
Zona afectadas	Código de zonas del cuerpo afectada de acuerdo a codificación de tabla anexa
Forma de accidente	Código de tipo de accidente de acuerdo a codificación de tabla anexa
Naturaleza de lesión	Código de Naturaleza de Lesión de acuerdo a codificación de tabla anexa
Código de diagnóstico médico	Código de diagnóstico médico de accidente o enfermedad, según codificación de OMS CIE-10. En accidentes se utilizan códigos S00 a T98
Días caídos	Se consideran días caídos aquellos en los que no se realizaron las tareas habituales, incluidos días domingos, feriados y días en los que la empresa estuvo cerrada, excluidos el día del siniestro y el de la vuelta al trabajo.
Días de tratamiento	Total de días en que hubo relación entre el prestador médico y el trabajador. Incluye la rehabilitación. Excluye los días en que el trabajador estuvo en reposo en su hogar.
Días de hospitalización	Total de noches pasadas en el hospital por el trabajador siniestrado
Tipo de egreso	Código de alta otorgada: I = Inmediata; C = Continúa tratamiento; T = Fin de Tratamiento; A = Abandono del tratamiento; D = Defunción; N = Siniestro Inculpable

Denominación	Descripción
Fecha de egreso	Fecha en que fue otorgada el alta por la Aseguradora
Tipo de incapacidad	Tipo de incapacidad determinado por las Comisiones Médicas y la Comisión Médica Central: ILTE = Incapacidad Laboral Temporaria; IPPP = Incapacidad Laboral Permanente Parcial Provisoria; IPPD = Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva; IPTP = Incapacidad Laboral Permanente Total Provisoria; IPTD = Incapacidad Laboral Permanente Total Definitiva; GRIN = Gran Invalidez
Grado de incapacidad	Porcentual de incapacidad determinado por las Comisiones Médicas y la Comisión Médica Central
Apelador	Apellido y nombre de la persona que apela el fallo
Fecha de apelación	Fecha de recepción de apelación por la Comisión Médica Central o el Juzgado Federal
Resultado de la apelación	Dictámen de la apelación en relación al trabajador.

