



## FORMULARIO DENUNCIA DE SINIESTROS ACCIDENTES PERSONALES

Por el presente certifico que el día     /     /     ,     ,  
ha sufrido un accidente el Sr. \_\_\_\_\_  
LE/LC/DNI/CINº \_\_\_\_\_ realizándosele las atenciones médicas detalladas a  
continuación, hasta la determinación de invalidez o posterior deceso.

**Nombre de la/s práctica/s realizada/s:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Causas y naturaleza de las lesiones sufridas:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Diagnósticos / Datos relevantes de la historia clínica:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fecha de determinación de invalidez / fallecimiento:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Datos del profesional interviniente:**

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_  
Número de matrícula provincial: \_\_\_\_\_  
Número de matrícula nacional: \_\_\_\_\_  
Tipo y número de documento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**Datos del establecimiento asistencial:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**Documentación médica a presentar:**

- Fotocopia de historia clínica o certificación médica.
- Fotocopia de informes médicos evolutivos.
- Fotocopia de informes de estudios de diagnóstico.
- Fotocopia de dictamen de invalidez.

**Documentación complementaria:**

- Fotocopia de documento de identidad.
- Fotocopia de denuncia policial.
- Fotocopia certificado de defunción.

**Plazo de presentación:**

3 días a partir de la fecha del evento.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del responsable  
del establecimiento asistencial