

FICHA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LESIONES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO

I. FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

 SOAT

 MTC

 PARTICULAR

II. DATOS RELACIONADOS AL LESIONADO (Buscar en la Historia Clínica)	
1. N° de HC emergencia: _____	2. N° HC hospitalización: _____
2.1 Referido de un EESS <input type="checkbox"/>	Nombre del EESS: _____
3. Apellidos y nombres: _____	
4. DNI: <input type="text"/>	5. Edad: _____
6. Sexo: 6.1 <input type="checkbox"/> Masculino 6.2 <input type="checkbox"/> Femenino	
7. Dirección 7.1 Jr/Av/Calle/localidad: _____	
7.2 Distrito: _____	7.3 Provincia: _____
7.4 Departamento: _____	
8. Fecha de Ingreso al Establecimiento: ____/____/____	9. Hora: ____:____ horas/min
10. Diagnóstico Médico: Dx 1: _____	CIE 10 <input type="text"/>
Dx 2: _____	
Dx 3: _____	
11. Fecha de Egreso del Establecimiento: ____/____/____	
12. Condición de Egreso: 12.1 Alta <input type="checkbox"/> 12.2 Fallecido <input type="checkbox"/> 12.3 <input type="checkbox"/> Referido a donde?: _____	
12.4 Requiere rehabilitación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

III. DATOS RELACIONADOS AL ACCIDENTE

 (Buscar en la Denuncia Policial)

13. Fecha del Accidente: ____/____/____	14. Hora: ____:____ horas/min
15. Lugar del accidente:	
15.1 Jr/Av/Calle/localidad: _____	
15.4 Departamento: _____	15.3 Provincia: _____
15.4 Distrito: _____	
16. Vía donde ocurrió el accidente	17. Tipo de accidente
16.1 <input type="checkbox"/> Calles/Jirones	17.1 <input type="checkbox"/> Atropellado
16.2 <input type="checkbox"/> Avenidas	17.2 <input type="checkbox"/> Choque
16.3 <input type="checkbox"/> Carreteras	17.3 <input type="checkbox"/> Volcadura
16.4 <input type="checkbox"/> Autopistas/ Vía expresa	17.4 <input type="checkbox"/> Caída de ocupante
16.5 <input type="checkbox"/> Fluvial	17.5 <input type="checkbox"/> Otro -----
16.6 <input type="checkbox"/> Aéreo	-----
16.7 <input type="checkbox"/> Marítimo	

A. REFERENTE AL LESIONADO	B. REFERENTE AL OCASIONANTE DEL ACCIDENTE
18. El lesionado se encontraba en:	21. Tipo de Vehículo del ocasionante
18.1 <input type="checkbox"/> Motocicleta	21.1 <input type="checkbox"/> Motocicleta
18.2 <input type="checkbox"/> Motocar	21.2 <input type="checkbox"/> Motocar
18.3 <input type="checkbox"/> Automóvil	21.3 <input type="checkbox"/> Automóvil
18.4 <input type="checkbox"/> Microbús	21.4 <input type="checkbox"/> Microbús
18.5 <input type="checkbox"/> Ómnibus	21.5 <input type="checkbox"/> Ómnibus
18.6 <input type="checkbox"/> Camión/trailer	21.6 <input type="checkbox"/> Camión/Trailer
18.7 <input type="checkbox"/> Tren	21.7 <input type="checkbox"/> Tren
18.8 <input type="checkbox"/> Bicicleta	21.8 <input type="checkbox"/> Bicicleta
18.9 <input type="checkbox"/> Carreta	21.9 <input type="checkbox"/> Carreta
18.10 <input type="checkbox"/> Avión	21.10 <input type="checkbox"/> Avión
18.11 <input type="checkbox"/> Avioneta/helicóptero	21.11 <input type="checkbox"/> Avioneta/helicóptero
18.12 <input type="checkbox"/> Embarcación c/motor	21.12 <input type="checkbox"/> Embarcación c/motor
18.13 <input type="checkbox"/> Embarcación s/motor	21.13 <input type="checkbox"/> Embarcación s/motor
19. Ubicación del lesionado	22. Condición Vehículo ocasionante del accidente
19.1 <input type="checkbox"/> Pasajero	22.1 <input type="checkbox"/> Particular
19.2 <input type="checkbox"/> Conductor	22.2 <input type="checkbox"/> Público
19.3 <input type="checkbox"/> Peatón	22.3 <input type="checkbox"/> Estatal
20. Traslado de lesionado por:	22.4 <input type="checkbox"/> Privado
20.1 <input type="checkbox"/> Ocasionante	
20.2 <input type="checkbox"/> Familiar	
20.3 <input type="checkbox"/> Propios medios	
20.4 <input type="checkbox"/> Serenazgo	
20.5 <input type="checkbox"/> Persona particular	
20.6 <input type="checkbox"/> Policía	
20.7 <input type="checkbox"/> Bombero	
20.8 <input type="checkbox"/> Ambulancia servicio salud	

IV. DATOS RELACIONADOS AL CONDUCTOR

 (Buscar en Póliza y denuncia Policial)

23. Apellidos y nombre: _____	
Apellidos	
Nombres	
24. Edad: _____	25. Sexo: 25.1 <input type="checkbox"/> Masculino 25.2 <input type="checkbox"/> Femenino
26. N° Licencia de Conducir: 26.1 <input type="checkbox"/> Si N° _____	26.2 <input type="checkbox"/> No 26.3 <input type="checkbox"/> No se sabe
27. Comisaría donde se registra denuncia Policial: _____	
Nombre de la Comisaría	
27.1 Departamento: _____	27.2 Provincia: _____
27.3 Distrito: _____	

V. DATOS RELACIONADOS DEL VEHÍCULO

 (Buscar en carta de garantía y póliza)

28. N° Póliza SOAT: _____	29. N° Placa de vehículo: _____
30. Nombre dueño póliza SOAT: _____	
31. Aseguradora: 31.1 <input type="checkbox"/> Rimac	31.2 <input type="checkbox"/> Pacífico Seguros
31.3 <input type="checkbox"/> La Positiva	31.4 <input type="checkbox"/> Generali Perú
31.4 <input type="checkbox"/> Mapfre Perú	31.5 <input type="checkbox"/> Latino Seguros
31.6 <input type="checkbox"/> Otro: _____	31.7 <input type="checkbox"/> Otro: _____



Para la Oficina Seguros/SOAT