



ACTA DE NOTIFICACION DE ACCIDENTES ESCOLARES

DATOS DEL COLEGIO QUE NOTIFICA EL ACCIDENTE

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
Localidad: _____ Sede: _____ Jornada: Mañana __ Tarde __ Noche __ Única ____

IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE ACCIDENTADO

Nombres Y Apellidos: _____ Edad: ____ Años
Tipo De Identificación: TI __ RC __ CC __ OTRO _____ No. de identificación: _____
Curso: _____ Nombre del acudiente: _____ Parentesco: _____
Nombre de la entidad en salud (EPS-subsidiada o EPS-contributiva) a la cual se encuentra afiliado el estudiante (a): _____
Se encuentra en el sistema de seguridad social en salud como población pobre no asegurada (PPNA): _____

PERSONA QUE ATIENDE EL ACCIDENTE

Docente __ Coordinador(a) __ Rector(a) __ Orientador(a) __ Profesional de la salud __ Estudiantes __ Líder de ruta __ Otros: _____

DETALLES DEL ACCIDENTE: (señale, según el aspecto indagado, con una X el(los) cuadro(s) que correspondan según el caso)

Fecha del accidente: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora: ____ Minutos: ____ Uso de alcohol o Sustancia Psicoactiva: Si __ No __

| | | | | | | |
|---------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|--------------------|-------------|
| Lugar del accidente | <input type="checkbox"/> Colegio | <input type="checkbox"/> Calle | <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Ruta Escolar | No. de Ruta: _____ | Otro: _____ |
|---------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|--------------------|-------------|

LUGAR DE ATENCIÓN DEL ACCIDENTE

| | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermería | <input type="checkbox"/> Salón de clases | <input type="checkbox"/> Patio | <input type="checkbox"/> Pasillo | <input type="checkbox"/> Escaleras | <input type="checkbox"/> Vía pública | Otro: _____ |
|-------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------|

ACTIVIDAD QUE ESTABA REALIZANDO EL ESTUDIANTE AL MOMENTO DEL ACCIDENTE

| | | | | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Practicando deporte | <input type="checkbox"/> Viajando - Transportándose | <input type="checkbox"/> Peleando | <input type="checkbox"/> Estudiando | <input type="checkbox"/> Recreación, descansando, jugando | <input type="checkbox"/> Montando bicicleta | Otra: _____ |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------|

MECANISMO

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Accidentalidad vial <input type="checkbox"/> Caída a propia altura <input type="checkbox"/> Caída de altura <input type="checkbox"/> Caída de escaleras <input type="checkbox"/> Golpe/Fuerza contundente | <input type="checkbox"/> Corte/Puñalada <input type="checkbox"/> Disparo con arma de fuego <input type="checkbox"/> Fuego/Llama/Humo <input type="checkbox"/> Líquido Extraño/Objeto caliente | <input type="checkbox"/> Pirotecnia <input type="checkbox"/> Estrangulado/Ahorcado <input type="checkbox"/> Inmersión/Ahogado <input type="checkbox"/> Asfixia por cuerpo extraño | <input type="checkbox"/> Lesión por cuerpo extraño <input type="checkbox"/> Plaguicidas <input type="checkbox"/> Mordedura de persona <input type="checkbox"/> Mordedura de animal | <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Desastre natural <input type="checkbox"/> Intoxicación <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otro mecanismo |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

NATURALEZA DE LA LESIÓN

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trauma dental <input type="checkbox"/> Trauma craneoencefálico <input type="checkbox"/> Lesión orgánica sistemática | <input type="checkbox"/> Contusión a órganos internos <input type="checkbox"/> Quemadura <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Luxación <input type="checkbox"/> Esguince <input type="checkbox"/> Lesión profundamente penetrante | <input type="checkbox"/> Cortada/Mordida/Herida abierta <input type="checkbox"/> Lesión superficial <input type="checkbox"/> Abrasión | <input type="checkbox"/> Laceración <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Lesión (sin diagnóstico) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

PARTE DEL CUERPO AFECTADA

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cráneo <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Maxilofacial/Nariz/Oídos <input type="checkbox"/> Cuello | <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Columna <input type="checkbox"/> Pelvis/Genitales | <input type="checkbox"/> Miembros superiores (brazos) <input type="checkbox"/> Miembros inferiores (piernas) | <input type="checkbox"/> Manos/Dedos <input type="checkbox"/> Pies/Dedos <input type="checkbox"/> Dientes <input type="checkbox"/> Boca | <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Frente <input type="checkbox"/> Sistémico <input type="checkbox"/> Ninguno |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

ACCIONES ADELANTADAS POR EL COLEGIO FRENTE AL ACCIDENTE OCURRIDO:

DETALLES DE LA REMISIÓN DEL ESTUDIANTE AL SERVICIO DE SALUD

En caso de requerir apoyo del 123 ó ambulancia: hora de la llamada: Hora: ____ Min: ____
Nombre de la persona del 123 que atiende la llamada: _____
Instrucciones recibidas: _____

Número del móvil que asiste al colegio: _____ hora en que se presenta el móvil: Hora: ____ Min: ____
Lugar o entidad a la cual fue remitido el estudiante: _____

DATOS DE QUIEN ACOMPAÑA AL ESTUDIANTE ACCIDENTADO AL SERVICIO DE SALUD

Nombre: _____ Vínculo con el estudiante: _____ Tel. de contacto: _____
Siendo las _____, yo _____ con C.C No. _____ como padre o acudiente del estudiante accidentado(a), certifico que recibí la información necesaria por parte del Colegio acerca de la Ruta que debo seguir para la atención del accidente escolar de mi hijo(a) y/o familiar y, que recibí los siguientes documentos: Copia de la presente Acta de Notificación del Accidente y copia del documento que contiene las indicaciones para que el padre de familia realice la correspondiente gestión para el cobro según el trámite ante la Dirección de Dotaciones Escolares.
Certifico también que me fue explicado que mi hijo (a) y/o familiar, debe ingresar al servicio de urgencias por el Régimen de Salud al que por ley está afiliado(a) (EPS-SUBSIDIADA O EPS-CONTRIBUTIVA) y que posterior al momento de la facturación debo seguir la ruta indicada para efectuar el reembolso de gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios que se deriven por la atención médica brindada, a causa del accidente ocurrido derivado de actividad académica programada por la IED o SED.

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FIRMA DEL PADRE O ACUDIENTE Nombre: _____ C.C. _____ de _____ Teléfono(s): _____ | FIRMA PRIMER RESPONDIENTE Nombre: _____ C.C. _____ de _____ Teléfono _____ | RESPONSABLE REPORTE DE ALERTA Nombre: _____ C.C. _____ de _____ Teléfono _____ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|