

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)

Código del Caso

Fecha de Emisión

Folio:

A. Identificación del Empleador

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nombre o Razón Social		RUT
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Número de Teléfono
<input type="text"/>	Comuna	<input type="text"/>
Actividad Económica	<input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada
<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Subcontratista <input type="checkbox"/> De Servicios Transitorios	N° de Trabajadores	Propiedad de la Empresa
Tipo de Empresa		

Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:

B. Identificación del Trabajador/a

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno		RUN
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Número de Teléfono
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nacionalidad	Profesión u Oficio	Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario:
<input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años	<input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Plazo Fijo <input type="checkbox"/> Por Obra o Faena <input type="checkbox"/> Temporada	<input type="checkbox"/> Alacalufe <input type="checkbox"/> Colla <input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Otro - Cuál ? <input type="checkbox"/> Atacameño <input type="checkbox"/> Diaguita <input type="checkbox"/> Rapanui <input type="checkbox"/> Aimara <input type="checkbox"/> Mapuche <input type="checkbox"/> Yamana (Yagàn) <input type="checkbox"/> Ninguno
Antigüedad en la Empresa	Tipo de Contrato	Tipo de Ingreso:
<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador Dependiente <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente <input type="checkbox"/> Familiar no Remunerado <input type="checkbox"/> Trabajador Voluntario		<input type="checkbox"/> Remuneración Fija <input type="checkbox"/> Remuneración Variable <input type="checkbox"/> Honorarios
Categoría Ocupacional		

C. Datos de la Enfermedad

Describe las molestias o síntomas que actualmente tiene el trabajador/a

Dias Meses Años

¿Había tenido estas molestias en el puesto de trabajo actual, anteriormente? SI NO

¿Hace cuánto tiempo tiene estas molestias o síntomas?

Parte del cuerpo afectada

Describe el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias:

Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias:

Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias? SI NO

¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias?

Dias Meses Años

¿Cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo?

D. Identificación del Denunciante

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno		RUN
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Número de Teléfono		
Clasificación del Denunciante (Ley 16.744):		
<input type="checkbox"/> Empleador	<input type="checkbox"/> Trabajador/a	<input type="checkbox"/> Familiar
<input type="checkbox"/> Comité Paritario	<input type="checkbox"/> Empresa Usaria	<input type="checkbox"/> Médico Tratante
		<input type="checkbox"/> Otro
	 Firma