

FORMULARIO 2

DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

DATOS A COMPLETAR POR EL EMPLEADOR

EMPLEADOR								
Nombre de la Empresa			C	:UIT	Co	ntrato N°	CIIU	
Domicilio				Localidad		Pr	ovincia	
C.P Tel		Fa	x	l	E-mail		@	
Nombre del establecimiento de ocurr	encia de	l accidente o detección	de la enfermedad ¡	profesional				
Código Establecimiento		CIIU	Empresa	a subcontratada S	I NO	CUIT ocurrencia o	detección	
Domicilio		Localidad		Pcia. de ocur	rencia o detección		C.P.	
DATOS DEL TRABAJADOR								
Apellido y Nombre					. Typo y N° de D	ocumento		
CUIL N	lacionalio	dad	Tel		Fecha de	e Nacimiento	/ Sexo	F 🗌 м 🗍
Domicilio								
Estado civil Soltero Casado		Viudo Divorciad		_	_			
Fecha de Ingreso en la Empresa		_			ш	e trahain hahitual	Fijo Rotativo	
Jornada Habitual (Desde-Hasta)			_			-	· —	
,							-	
Obra Social					•			
Puesto de trabajo en el momento del						=		
Puesto de trabajo anterior						Antiguedad		
INFOMACIÓN SOBRE EL S			, , , , , , , ,	1 1/ 1 1				
Enfermedad Profesional Accidente de trabajo		siniestro fué Múltiple : Detalle el número de tra	,		•		,	(En letras)
En el trabajo		Liste los números de CUIL	•	,	,			,
En otro centro o lugar de trabajo								
Al ir o volver del trabajo Desplazamiento en día laboral								
Otro							un formulario F2 por cad	
ACCIDENTE DE TRABAJO								
Fecha de inicio de la inasistencia labo Descripción del accidente y sus cons	secuenci	as						
Agente Material Asociado		Diagnóstico Naturaleza de la		2 2	3 3			
Forma del accidente		Zona del cuerpo	afectada 1	2	3			
ENFERMEDAD PROFESION	NAL							
Descripción de la Enfer	medad Pı	ofesional	Agente Material Asociado (Ver tabla)	Zona del cuerpo afectada	Tiempo de exposición agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (Ver tabla)	Fecha de inicio de la inasistencia laboral
Agente Diagnóstico 1			, ,		-			
Causante 1 Diagnóstico 2 Diagnóstico 3								
Agente Diagnóstico 1								
Causante 2 Diagnóstico 2								
(Ver tabla) Diagnóstico 3								
Agente Diagnóstico 1 Causante 3 Diagnóstico 2								
(Ver tabla) Diagnóstico 3								
LA ENFERMEDAD SE DETE	ECTÓ (C	Códigos de Detec	ción de la enfe	ermedad)				
Examen Preocupacional	Р	Ausencia Prolongada		A Sanatorio Privado			e Judicial	J
Examen Periódico Examen de Egreso	R E	Transferencia de puesto de Obra Social	trabajo	T Hospital PúblicoO Consulta en Amb.	Púb. no Hospitalizada		ión Médica ión ART	S B
				L	·	1 1		'
Centro Asistencial								
Localidad								
Accidente in itinere según denuncia p	oolicial N	°		(Adjuntar copi	a) Comisaría			
	Lunary	Eacha			Eirmo	oclaración v DNI del	Denunciante	

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE LA FORMA DE ACCIDENTE
100	Caídas de personas
101	Caídas de personas con desnivelación por caídas desde alturas (árboles, edificios, andamios, escaleras, máquinas de trabajo, vehículos)
102	${\it Caídas \ de \ personas \ con \ desnivelación \ por \ caídas \ en \ profundidades \ (pozos, fosos, \ excavaciones, \ aberturas \ en \ el \ suelo)}$
103	Caídas de personas que ocurren al mismo nivel
104	Caídas de personas al agua
200	Caídas de objetos
201	Derrumbe (caídas de masas de tierra, de rocas, de piedras, de nieve)
202	Desplome (de edificios, de muros, de andamios, de escaleras, de pilas de mercancías)
203	Caídas de objetos en curso de manutención manual
204	Caídas de objetos mobiliarios (artefactos de luz, ventanas, marcos, bibliotecas, etc.)
205	Otras caídas de objetos no incluidos en epígrafes anteriores de este apartado
300	Pisadas sobre, choques contra, o golpes por objetos , a excepción de caídas de objetos
301	Pisadas sobre objetos
302	Choques contra objetos inmóviles (a excepción de choques debidos a una caída anterior)
303	Choques contra objetos móviles
304	Golpes por objetos móviles (comprendidos los fragmentos volantes y las partículas), a excepción de los golpes por objetos que caen
400	Atrapamiento por un objeto o entre objetos
401	Atrapamiento por un objeto
402	Atrapamiento entre un objeto inmóvil y un objeto móvil
403	Atrapamiento entre dos objetos móviles (a excepción de los objetos volantes o que caen)
500	Esfuerzos excesivos
501	Esfuerzos físicos excesivos al levantar objetos
502	Esfuerzos físicos excesivos al empujar objetos
503	Esfuerzos físicos excesivos al tirar de objetos
504	Esfuerzos físicos excesivos al manejar objetos
505	Esfuerzos físicos excesivos al lanzar objetos

Sr.	Emplea	ador,	en c	aso	de	accidente
sig	a estas	instr	ucci	ones	3	

Traslade al accidentado al centro asistencial de ART más próximo con el Formulario 1 y 2.
Comuníquese al 0800 de su zona, los cuales están de guardia permanente las 24hs., los 365 días del año.





Anticipe inmediatamente vía fax (antes de las 48hs.) al 0800 de su zona, el presente Formulario.



Remita el Formulario a la ART por el medio más seguro y ágil.







Solicite a nuestro prestador médico el presente formulario y consérvelo como informe médico y constancia de atención.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DE LA FORMA DE ACCIDENTE				
600	Exposición a, o contacto con temperaturas extremas				
601	Exposición al calor (de la atmósfera o del ambiente de trabajo)				
602	Exposición al frío (de la atmósfera o del ambiente de trabajo)				
603	Contacto con sustancias u objetos calientes				
604	Contacto con sustancias u objetos muy fríos				
605	Contacto con fuego				
700	Exposición a, o contacto con la corriente eléctrica				
701	Exposición a la corriente eléctrica (tierra húmeda, agua o ambiente con vapor que transmita electricidad)				
702	Contacto directo con fuente de generación o transmisión de corriente eléctrica				
800	Exposición a, o contacto con sustancias nocivas o radiaciones				
801	Contacto por inhalación de sustancias químicas				
802	Contacto por ingestión de sustancias químicas				
803	Contacto por absorción cutánea de sustancias químicas				
804	Contacto con agentes biológicos (absorción, inhalación)				
805	Exposición a radiaciones ionizantes				
806	Exposición a otras radiaciones				
807	Inoculación de agentes biológicos (por pinchazo, heridas cortantes)				
900	Otras formas de accidentes, no clasificadas bajo otros epígrafes, incluidos aquellos accidentes no clasificados por falta de datos suficientes				
901	Explosión o implosión				
902	Incendio				
903	Atropellamiento de animales				
904	Mordedura de animales				
905	Picaduras				
906	Atropellamiento por vehículo				
907	Choque de vehículos				
908	Fallas en los mecanismos para trabajos hiperbáricos				
909	Agresión con armas				
910	Agresión sin armas				
911	Injuria punzo-cortante o contusa involuntaria				
999	Otras Formas de Accidentes no incluidas en la presente Codificación				

¿QUÉ ES UN ACCIDENTE DE TRABAJO?

Se considera accidente de trabajo a todo hecho súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo (in-itinere) siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto, debiendo ser derivado al prestador más cercano al lugar del infortunio.

El prestador deberá brindar en forma inmediata las primeras prestaciones en especie obligando al empleador a realizar la denuncia ante la ART.

¿CUÁLES SON LOS PASOS A SEGUIR PARA REALIZAR LA DENUNCIA?

- Completar el Formulario de Constancia de Asistencia Médica Inicial o de Ingreso y el Formulario N° 2 de Denuncia de Accidente debiéndose cumplimentar todos los requisitos del formulario lo más detalladamente posible.
- El Formulario de Constancia de Asistencia Médica Inicial o de Ingreso junto con una fotocopia del Formulario N° 2 de Denuncia de Accidente se deberán presentar en el Prestador (Clínica, Sanatorio, Hospital, etc.)
- El Formulario de Constancia de Asistencia Médica Inicial o de Ingreso junto con el Formulario N° 2 de Denuncia de Accidente se deberán presentar ante esta ART dentro de las 24 horas de ocurrido el accidente. Para que los tiempos no se dilaten o extiendan se deberán adelantar estos formularios vía fax.
- Si el accidente ocurrió in-itinere se deberá realizar una exposición policial, informando lo sucedido y quienes fueron los participantes del accidente. A su vez, deberá informar mapa de trayecto habitual.
 Cuando el accidentado es llevado de urgencia o se dirige por sus propios medios al prestador, se deberá realizar la denuncia ante esta ART en el momento en que el empleador tome conocimiento, adjuntando a la misma el informe médico de primera atención donde se indique la patología derivada del accidente de trabajo.
- Cuando el accidentado es dado de Alta por el médico tratante, el mismo podrá reingresar a trabajar con el Formulario Constancia de Alta médica / Fin de tratamiento.