



AU08-2017-01932

CIRCULAR N°

SANTIAGO,

**PRESTACIONES MÉDICAS DEL SEGURO DE LA LEY N° 16.744
IMPARTE INSTRUCCIONES A LAS MUTUALIDADES DE EMPLEADORES, AL
INSTITUTO DE SEGURIDAD LABORAL Y A LAS EMPRESAS CON
ADMINISTRACIÓN DELEGADA**

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. INSTRUCCIONES GENERALES	4
1. Definición de prestaciones médicas	4
2. Pertinencia de las prestaciones médicas en el contexto de la calificación del origen del accidente o enfermedad.....	5
3. Otorgamiento de las prestaciones médicas.....	5
4. Destino del trabajador con posterioridad a la atención	6
5. Obligaciones del directorio o del jefe superior del Servicio	6
6. Indicadores de calidad de la atención de salud al trabajador	7
7. Acreditación en garantías de calidad en salud de centros asistenciales	7
8. Ficha clínica única	7
9. Acceso de la Superintendencia a las fichas clínicas e información médica.....	8
10. Plan de inducción para profesionales de la salud de los centros asistenciales de los organismos administradores	8
III. ATENCIÓN EN SERVICIOS DE URGENCIA	9
1. Atención de urgencia en establecimientos asistenciales de los organismos administradores ...	9
2. Atención de urgencia en prestadores en convenio	11
3. Atención de urgencia en prestadores sin convenio con el organismo administrador	11
IV. ATENCIÓN EN DEPENDENCIAS DE SALUD UBICADAS EN LA ENTIDAD EMPLEADORA....	12
1. Antecedentes generales	12
a) Excepcionalidad en la instalación de centros de atención en la entidad empleadora.....	12
b) Exigencia de DIAT o DIEP.	12
c) Registro de las atenciones en centros asistenciales ubicados en la faena.....	12
d) Derivación a un centro asistencial	13
2. Atención en salas de primeros auxilios.....	13
3. Atención en policlínicos	14
V. ATENCIÓN EN CENTROS AMBULATORIOS DE LAS AGENCIAS DEL ORGANISMO ADMINISTRADOR.....	15
1. Gestión de los tiempos de espera.....	15
2. Plan de contingencia.....	15
3. Prestaciones de especialistas.....	16
4. Indicación de reposo laboral.....	16
VI. HOSPITALIZACIÓN.....	16
1. En establecimientos hospitalarios del organismo administrador.....	16
2. Hospitalización en centros de prestadores en convenio	17
VII. DERIVACIONES	17
1. Definición.....	17

2. Responsables de la indicación de derivación y medio de traslado.....	18
3. Protocolos de derivación y traslado.	18
VIII. INTERCONSULTAS	18
1. Definición.....	18
2. Gestión de tiempos de espera para la interconsulta.....	18
3. Protocolos de derivación a interconsultas.....	19
IX. REHABILITACIÓN	19
1. Centros de rehabilitación en capitales regionales.....	20
2. Atención de rehabilitación de pacientes de alta complejidad en establecimientos hospitalarios del organismo administrador.....	20
IX. REINTEGRO LABORAL PROGRESIVO	21
X. ADECUACIÓN DOMICILIARIA Y CONTRATACIÓN DE CUIDADOR.....	21
XI. VIGENCIA	21

BORRADOR

Esta Superintendencia, en uso de las facultades que le confieren los artículos 2°, 3°, 30 y 38 letra d) de la Ley N° 16.395 y los artículos 12 y 74 de la Ley N° 16.744, ha estimado necesario sistematizar y complementar las instrucciones impartidas respecto al otorgamiento de las prestaciones médicas del Seguro de la Ley N° 16.744, a fin de uniformar las actuaciones mínimas que los organismos encargados de la administración de dicho Seguro deben efectuar en esta materia.

I. INTRODUCCIÓN

El artículo 29 de la Ley N° 16.744 establece que la víctima de un accidente del trabajo o enfermedad profesional tendrá derecho al otorgamiento de todas las prestaciones médicas que se requieran hasta su curación completa, o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por la enfermedad o el accidente.

Las prestaciones médicas que cubre el seguro contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, comprenden además de las actividades propiamente asistenciales (atención médica, quirúrgica y dental, hospitalización, medicamentos, prótesis y aparatos ortopédicos y rehabilitación), la reeducación profesional, los gastos de traslado y cualquier otro que sea necesario para el otorgamiento de estas prestaciones.

El análisis de los antecedentes recopilados para resolver los reclamos efectuados ante esta Superintendencia y los resultados de las fiscalizaciones realizadas por este Organismo, han permitido detectar situaciones relacionadas con los procesos de atención médica a trabajadores cubiertos por el seguro y con los registros clínicos asociados a dichas atenciones, que requieren ser normadas. Ejemplo de esto son las altas inmediatas a pacientes que requerían reposo, la falta de derivación de los trabajadores atendidos en los Servicios de Urgencia de prestadores externos, sean o no en convenio, para su evaluación y tratamiento en el organismo administrador, la falta de reconocimiento del origen laboral de episodios agudos vinculados a patologías de base de origen común y la existencia de fichas médicas con información insuficiente para conocer a cabalidad los fundamentos de la calificación del origen y las prestaciones otorgadas.

Las instrucciones contenidas en esta Circular serán aplicables a todos los organismos administradores del Seguro de la Ley N° 16.744, entendiéndose como tales, las tres Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral, además de las empresas con administración delegada.

En el caso del Instituto de Seguridad Laboral, en que las prestaciones médicas las entrega un tercero en convenio, no serán aplicables aquellas indicaciones específicas sobre aspectos prácticos de la atención médica, sin perjuicio que dicho Instituto podrá exigir el cumplimiento de las mismas a sus prestadores en convenio.

II. INSTRUCCIONES GENERALES

1. Definición de prestaciones médicas

Las prestaciones médicas corresponden a la ejecución de acciones de salud que persiguen como resultado final confirmar un diagnóstico, efectuar un tratamiento y realizar el seguimiento de un determinado problema de salud.

Para efectos del Seguro de la Ley N° 16.744, también constituyen prestaciones médicas aquellas enumeradas en el artículo 29 de dicho cuerpo normativo.

2. Pertinencia de las prestaciones médicas en el contexto de la calificación del origen del accidente o enfermedad

Los tratamientos otorgados durante el proceso de calificación del origen de la afección, deberán ser indicados con el objetivo de tratar los síntomas incapacitantes, evitando procedimientos invasivos, a menos que la gravedad y urgencia del caso así lo requiera.

Las cirugías de carácter electivo, es decir aquellas cuya dilación no implique un detrimento en la posibilidad de recuperación del trabajador, deberán ser suspendidas mientras no se determine el origen laboral del cuadro clínico.

Aun cuando la afección sea evidentemente de origen no laboral, los organismos administradores deberán otorgar la atención médica inicial, a fin de constatar la gravedad del caso y en función de ella, brindar las prestaciones que sea menester.

Durante el proceso de calificación no se podrán suspender los tratamientos prescritos por otro profesional de la misma o de otra Entidad, salvo por razones médicas fundadas, las que deberán constar por escrito en la ficha médica.

3. Otorgamiento de las prestaciones médicas

Las prestaciones médicas deben ser uniformes para todos los beneficiarios de la Ley N° 16.744, debiendo garantizarse que no exista diferencia o discriminación entre ellos, siendo las condiciones médicas o clínicas del paciente el único factor a considerar para establecer diferencias en su otorgamiento.

En todos los establecimientos de atención de los organismos administradores y aquellos centros de entidades relacionadas, se debe privilegiar la atención de los pacientes Ley N° 16.744 por sobre los pacientes privados, excepto en los casos de urgencia, los que deben ser categorizados según la gravedad médica.

La existencia de una patología de base de origen común, no obsta al otorgamiento de las prestaciones médicas que correspondan por un episodio agudo derivado de un accidente ocurrido en el trabajo o una enfermedad profesional.

Por otra parte, la extensión de la atención médica a los pacientes privados, conforme a lo establecido en el artículo 29 del Decreto de Ley N° 1819, de 1977, y en su reglamento, contenido en el Decreto N° 33 de 1978, del Ministerio de Hacienda, en los hospitales dependientes de las Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744, deberá orientarse preferentemente, hacia los trabajadores de las empresas adherentes y las personas que le causen asignación familiar. Esta atención sólo se podrá realizar cuando la capacidad del establecimiento permita cubrir estos nuevos servicios sin alterar ni menoscabar en forma alguna el cabal cumplimiento de las funciones y obligaciones que las disposiciones legales, reglamentarias o estatutarias les imponen.

Asimismo, los centros de atención de entidades relacionadas a las Mutualidades deberán brindar atención preferente a los pacientes beneficiarios de la Ley N° 16.744, de conformidad a la autorización otorgada por esta Superintendencia.

4. Destino del trabajador con posterioridad a la atención

Con posterioridad a la atención por parte del organismo administrador, el trabajador será destinado a alguno de los siguientes lugares, dependiendo de su gravedad clínica y de la necesidad de atenciones posteriores.

- i) En el caso de afecciones laborales que, de acuerdo al criterio del médico que brinda la atención, no precisen reposo laboral, el trabajador puede ser enviado a la entidad empleadora para continuar inmediatamente con su actividad laboral habitual. Al indicarle el alta inmediata, se deberá entregar al trabajador los siguientes documentos:
 - Informe de atención, en el cual debe constar los datos personales, la fecha y hora de atención, el diagnóstico, las prestaciones otorgadas, la fundamentación del alta inmediata y su destino;
 - Certificado de alta laboral con alta inmediata, sin el cual no podrá reingresar a su labor habitual.
- ii) Si el trabajador presenta una afección laboral por la que requiere reposo, aun cuando sea por un día, el organismo administrador debe emitir la Orden de Reposo Ley N° 16.744 o licencia médica, según corresponda, y derivarlo para control ambulatorio en caso de estimarse necesario. El organismo administrador deberá notificar a la entidad empleadora, dentro de las 24 horas siguientes de emitida la orden de reposo o licencia médica, acerca del reposo prescrito al trabajador, lo que puede ser realizado a través de medios electrónicos.

Los trabajadores que necesiten hospitalización, podrán ser derivados a un centro hospitalario propio o a un prestador en convenio, siendo el médico el responsable de la indicación de derivación y, si es el caso, de determinar el medio de transporte que corresponde a la condición clínica del paciente, de acuerdo al protocolo establecido para estos efectos.

5. Obligaciones del directorio o del jefe superior del Servicio

El Directorio de cada Mutualidad, el Director Nacional del Instituto de Seguridad Laboral y los Directores de las respectivas empresas con administración delegada, deberán contemplar en sus actividades habituales, el recabar y analizar periódicamente la información sobre las prestaciones médicas efectuadas, mediante auditorías en materias médicas, análisis de los registros de reclamos e informes de gestión, entre otros.

Del mismo modo, deberán establecer los lineamientos generales para garantizar el adecuado otorgamiento de las prestaciones médicas de la Ley N° 16.744 y los medios para efectuar la supervisión de las mismas, así como la frecuencia de las acciones de control.

En el caso de las Mutualidades de Empleadores, para la ejecución de las actividades antes mencionadas, el Directorio deberá incluir dentro de su estructura un Comité de Prestaciones Médicas o incorporar esta función en un Comité ya existente. En cualquiera de los dos casos, el Comité deberá contar con la asesoría externa de un profesional médico, con las capacidades necesarias para emitir opinión sobre las prestaciones médicas de la Ley N° 16.744.

6. Indicadores de calidad de la atención de salud al trabajador

Cada organismo administrador deberá establecer por escrito, para cada uno de los niveles de complejidad de sus centros asistenciales, los indicadores de calidad que utilizará para el adecuado control del otorgamiento de las prestaciones médicas, los que deben ser aprobados por el Director Nacional del Instituto de Seguridad Laboral, por el Directorio de las Mutualidades o los Directores de las empresas con administración delegada, según corresponda.

Estos indicadores deberán incluir, al menos, información sobre la cantidad y causa de reclamos, postergación de cirugías, retraso en atenciones, número de reingresos, demora en acceso a especialistas y/o interconsultores externos, tiempos de traslado y demora en realización de exámenes específicos.

Los resultados de estos indicadores deben ser conocidos por el Directorio de las Mutualidades, el Director Nacional del Instituto de Seguridad Laboral o los Directores de las empresas con administración delegada. Si hubiere brechas que abordar en el resultado de estos indicadores, el organismo administrador deberá elaborar un plan de mejoras, con la designación de responsables y del plazo para su ejecución.

El resultado de los indicadores, así como el informe de brechas y el plan antes señalado, deberá ser elaborado y reportado a esta Superintendencia, mediante informe escrito los días 30 de septiembre y 30 de marzo de cada año, o el día hábil siguiente, respecto del primer y segundo semestre de cada año.

7. Acreditación en garantías de calidad en salud de centros asistenciales

Los organismos administradores deberán acreditar sus centros asistenciales ante la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 19.966, del Ministerio de Salud, debiendo tener un 100% de sus centros asistenciales acreditados o en proceso de acreditación en diciembre del año 2020.

Al respecto, se deberá informar anualmente a esta Superintendencia, durante el mes de enero de cada año, los avances logrados en el proceso de acreditación.

8. Ficha clínica única

De conformidad a lo dispuesto en el Decreto N° 41, de 2012, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento sobre Fichas Clínicas, los organismos administradores deben contar en sus centros de atención, con una ficha clínica única para cada paciente, que contenga toda la información de las atenciones de salud efectuadas, ya sea en forma ambulatoria u hospitalaria, incluidas las evaluaciones y evoluciones kinésicas.

El registro debe ser realizado por el profesional que efectúa la prestación y cualquiera sea su soporte, deberá ser elaborado en forma clara y legible, conservando una estructura ordenada y secuencial.

Los organismos administradores deben privilegiar la utilización de soportes electrónicos para el manejo y almacenamiento de la ficha clínica única. Asimismo, se debe avanzar en el acceso electrónico a los antecedentes clínicos de los centros en convenio.

El Instituto de Seguridad Laboral debe mantener una ficha de cada trabajador, que incluya los antecedentes de las prestaciones médicas otorgadas por sus prestadores externos.

La ficha clínica, además de la información consignada en el citado Reglamento, debe incluir en forma obligatoria los campos indicados en el Anexo N° 1, que se adjunta a esta Circular.

Al respecto, la ficha debe contener un registro claro y detallado, efectuado en la primera atención, de la descripción del accidente, así como del correspondiente mecanismo lesional.

Asimismo, la ficha debe contener el resultado de los exámenes efectuados y los fundamentos del diagnóstico.

En caso de consulta por enfermedad, dicho registro debe cumplir lo señalado en la Circular N° 3.241 y sus circulares complementarias.

Por su parte, en caso de existir atenciones otorgadas por prestadores externos en convenio, éstas también deben ser incorporadas a la ficha, indicando en forma expresa la identificación y especialidad del o los médicos tratantes.

9. Acceso de la Superintendencia a las fichas clínicas e información médica

De acuerdo a lo señalado en el artículo 35 de la Ley N° 16.395 y en concordancia con lo establecido en la Circular N° 3.012, de 2014, que imparte instrucciones acerca del tratamiento de los datos sensibles de los trabajadores, esta Superintendencia puede requerir a los organismos fiscalizados que le proporcionen la información y/o antecedentes necesarios para el desarrollo de sus funciones, ya sea por documentos en papel o a través de medios electrónicos, como asimismo que se le otorgue acceso a los sistemas de información que posean estas instituciones.

En consecuencia, los organismos administradores deberán establecer los mecanismos necesarios, a fin de garantizar el acceso de esta Superintendencia a todos los registros clínicos y exámenes complementarios de los trabajadores atendidos, ya sea en forma presencial o remota.

Tratándose de los prestadores en convenio, el organismo administrador debe incluir en el contrato respectivo, una cláusula que garantice la entrega de información clínica a esta Superintendencia, de los trabajadores que atienden en virtud del mismo.

Lo anterior también es válido para el caso en que una Mutualidad actúe como prestador en convenio, para atender a trabajadores de empresas afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral; por tanto, en esa situación la Mutualidad que otorga la atención médica tendrá la obligación de proporcionar a esta Superintendencia los antecedentes clínicos, sin que sea necesario solicitarlos a través del Instituto de Seguridad Laboral.

10. Plan de inducción para profesionales de la salud de los centros asistenciales de los organismos administradores

Los organismos administradores deberán establecer un plan de inducción de competencias técnicas, médicas y administrativas, que deberá ser aplicado a todos los profesionales de la salud que se desempeñan o comienzan a prestar servicios en sus centros asistenciales.

El plan de inducción deberá abordar, como mínimo, los siguientes aspectos:

- a) Definición y características del Seguro de la Ley N° 16.744, incluyendo los requisitos para ser beneficiarios, conocimientos de las prestaciones médicas y económicas que otorga y el procedimiento de aplicación del artículo 77 bis y las circulares que regulan estas materias;
- b) Aspectos del sistema previsional de salud en Chile;
- c) Calificación del origen de los accidentes del trabajo, de trayecto y enfermedades profesionales;
- d) Conocimiento y aplicación de guías clínicas, protocolos, procedimientos y planes de contingencia establecidos por el organismo administrador;
- e) Conocimiento de la normativa para el registro en las fichas médicas;
- f) Competencias de esta Superintendencia y,
- g) Conocimiento de los protocolos PREXOR, TMERT, entre otros, de acuerdo a la actividad que desarrolla el profesional dentro del centro asistencial.

En caso de cambios normativos referido a los aspectos señalados precedentemente, estos deberán ser difundidos entre los profesionales de la salud de los centros asistenciales.

III. ATENCIÓN EN SERVICIOS DE URGENCIA

De acuerdo a lo dispuesto en el D.S. N° 369, de 1985, del Ministerio de Salud, atención de urgencia o emergencia es toda prestación o conjunto de prestaciones que son otorgadas, en atención cerrada o ambulatoria, a una persona cuya condición de salud o cuadro clínico involucre estado de riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave y que, por consiguiente, requiere atención médica inmediata e impostergable.

1. Atención de urgencia en establecimientos asistenciales de los organismos administradores

- a) Competencias y calificación técnica del personal de urgencia.

Los centros asistenciales de los organismos administradores deberán contar con profesionales de la salud acreditados ante la Superintendencia de Salud, y capacitados en materias de la ley N° 16.744, de acuerdo a lo señalado en el plan de inducción establecido en el número 10 del Capítulo II de la presente Circular, y con las competencias técnicas necesarias para el desempeño en la atención en urgencia.

- b) Categorización de los pacientes al ingreso.

Para priorizar la atención de urgencia en sus centros asistenciales, los organismos administradores deben contar con una metodología para la categorización de la gravedad de los pacientes, siendo la determinación del método a utilizar, responsabilidad de cada organismo administrador.

El documento con esta metodología debe ser de fácil acceso y estar siempre disponible para los funcionarios del Servicio de Urgencia.

La realización de dicha categorización debe estar a cargo de un profesional de la salud con la capacitación necesaria, condición que debe ser controlada por el organismo administrador.

c) Gestión de los tiempos de espera.

Los centros de atención de urgencia de los organismos administradores deberán contar con una estructura operacional que permita la gestión de los tiempos de espera de los trabajadores que no presentan un cuadro clínico de urgencia, de acuerdo a una metodología de categorización de la gravedad, a fin de atenderlos dentro de un plazo no superior a 3 horas, contado desde la hora del ingreso al establecimiento asistencial.

Para estos efectos, el organismo administrador deberá contar con un plan por escrito, que incluya los elementos que hagan necesaria su activación y aquellos que se utilizarán para controlar la eficacia de las medidas implementadas.

En los pacientes categorizados en el menor grado de gravedad, se debe priorizar la atención de los beneficiarios del Seguro de la Ley N° 16.744.

Los trabajadores cubiertos por dicho Seguro, atendidos por convenio en centros asistenciales de otros organismos administradores, deben ser considerados como beneficiarios de la Ley N° 16.744 para los efectos señalados en esta letra.

Este plan deberá ser conocido por el Directorio de las Mutualidades y el Director de las empresas con administración delegada y posteriormente remitido a esta Superintendencia para su conocimiento.

d) Plan de contingencia.

Los organismos administradores deben contar con un plan de contingencia para enfrentar situaciones excepcionales, que no puedan ser cubiertas con los recursos disponibles localmente y a través de los procedimientos habituales. Estas circunstancias pueden ser determinadas por un aumento de la demanda (por ejemplo, un accidente con múltiples víctimas o situaciones que sobrepasan la capacidad de atención habitual), o por una merma de recursos humanos disponibles (por ejemplo, disminución de trabajadores por huelga, enfermedad u otra razón).

El plan debe contemplar medidas suficientes para enfrentar la contingencia en un tiempo razonable, de modo que se respete el periodo máximo de espera establecido en esta circular, y ser de fácil implementación, ya sea con recursos propios del centro de atención o de otros centros asistenciales del organismo administrador u otro prestador de salud.

Los procedimientos y los responsables de cada etapa del proceso deben establecerse por escrito, e incluir, como mínimo, los indicadores para activar el proceso y para controlar la eficacia de las medidas implementadas.

El plan deberá ser conocido por el Directorio de las Mutualidades y el director de la empresa con administración delegada y posteriormente remitirse a esta Superintendencia para su conocimiento. Este plan deberá ser difundido para su conocimiento, a todos los integrantes del equipo de atención de urgencia.

e) Traslados desde servicio de urgencia al domicilio del trabajador o a otro centro asistencial.

Los traslados indicados en el servicio de urgencia, ya sea hacia el domicilio del trabajador o hacia otro centro asistencial, deberán regirse por los protocolos implementados por cada organismo administrador para esta actividad, de acuerdo a las instrucciones impartidas en esta circular.

La indicación de traslado debe emanar del médico tratante, quien será el responsable de determinar el destino del trabajador accidentado, el medio de transporte y las condiciones del traslado.

El inicio del traslado deberá efectuarse en un plazo no superior a 90 minutos, contados desde la hora de la indicación del mismo, lo que debe constar en el respectivo protocolo, así como las medidas que se adoptarán para su cumplimiento.

2. Atención de urgencia en prestadores en convenio

El contrato suscrito por cada organismo administrador con los respectivos prestadores en convenio, deberá contener, a lo menos, las siguientes exigencias:

- a) Contar con acreditación en calidad de prestaciones médicas, otorgada por la Superintendencia de Salud.
- b) Contar con profesionales que posean las competencias técnicas necesarias para el desempeño en la atención de urgencia.
- c) Contar con una metodología para la categorización de gravedad de los pacientes para priorizar la atención.
- d) Mantener un registro adecuado y completo de la atención médica otorgada, en los términos establecidos en la presente circular.
- e) Instruir al trabajador al momento del alta para que concurra al día hábil siguiente al centro asistencial más cercano de la Mutualidad, para la calificación del origen común o laboral del siniestro. Para estos efectos, el servicio de urgencia en convenio deberá entregar al trabajador un formulario de la atención otorgada, que será diseñado por cada organismo administrador, y deberá contener, al menos, la identificación completa del afectado, fecha y hora de atención, hallazgos relevantes del examen físico, resultado de exámenes complementarios, si los hubiera, diagnósticos e indicaciones médicas. Además, dicho formulario deberá agregarse a la ficha clínica única.

3. Atención de urgencia en prestadores sin convenio con el organismo administrador

El organismo administrador deberá contar con un procedimiento por escrito para el rescate de los trabajadores que, debido a situaciones excepcionales ocasionadas por su condición de urgencia, hayan recibido atención en un prestador externo sin convenio, a fin de trasladarlos a sus propios centros asistenciales o a aquellos con los cuales exista un convenio para su atención, y que establezca plazos máximos para efectuar este traslado, siempre que la condición clínica del afectado lo permita.

El organismo administrador será responsable de la coordinación para el rescate y de verificar las condiciones del trabajador para su traslado.

IV. ATENCIÓN EN DEPENDENCIAS DE SALUD UBICADAS EN LA ENTIDAD EMPLEADORA

1. Antecedentes generales

Las instrucciones contenidas en este capítulo son aplicables a todos los centros asistenciales ubicados en la faena, sea que pertenezcan a la entidad empleadora, al organismo administrador o sean provistos por un prestador externo.

a) Excepcionalidad en la instalación de centros de atención en la entidad empleadora.

De acuerdo a lo establecido en la Circular N° 3.236, de 2016, los organismos administradores sólo de manera excepcional podrán instalar salas de primeros auxilios o policlínicos en sus empresas adheridas.

b) Exigencia de DIAT o DIEP.

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 76 de la Ley N° 16.744, el artículo 71 letra b) y 72 letra c), del D.S. N° 101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el empleador debe presentar la DIAT en el plazo máximo de 24 horas, desde que tomó conocimiento del accidente del trabajo o de trayecto o desde que el trabajador le manifestó presentar síntomas de una enfermedad, en el caso de la DIEP.

Asimismo, si el empleador no efectúa la denuncia, la DIAT o DIEP debe ser suscrita por el trabajador, sus derechohabientes, el médico tratante, el Comité Paritario de la entidad empleadora, o cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos.

Atendido lo señalado, todos los centros de atención ubicados en las faenas deberán contar con formularios DIAT y DIEP, los que deberán ser provistos por los organismos administradores.

c) Registro de las atenciones en centros asistenciales ubicados en la faena.

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 71 del D.S. N° 101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, todas aquellas consultas de trabajadores con motivo de lesiones, que sean atendidos en policlínicos o centros asistenciales, ubicados en el lugar de la faena y/o pertenecientes a las entidades empleadoras o con los cuales tengan convenios de atención, deberán ser debidamente registradas.

Los elementos mínimos que deberá contener el registro son los siguientes:

- i) Fecha y hora de la atención
- ii) Nombre del trabajador/a
- iii) RUT del trabajador/a
- iv) Motivo de la consulta
- v) En caso de accidente deberá consignar una descripción detallada del mecanismo lesional, la fecha, hora y el lugar donde ocurrió el accidente
- vi) Indicaciones entregadas al trabajador/a
- vii) Derivación a otro centro asistencial (su organismo administrador u otro)
- viii) Medio de traslado del trabajador
- ix) Nombre y firma de la persona que brindó la atención

El registro de todas las atenciones otorgadas en los centros de atención ubicados en la entidad empleadora, deberá ser remitido mensualmente al organismo administrador correspondiente.

Asimismo, la recepción y contenido de este reporte deberán ser revisados mensualmente por un profesional de la salud del organismo administrador, a fin de pesquisar eventuales problemas en el envío de la información, tales como discordancias en los antecedentes clínicos, no emisión y remisión de DIAT o DIEP cuando corresponda, no derivación del trabajador al organismo administrador, la falta de indicación de reposo u otras dificultades.

Los resultados de la revisión realizada por el organismo administrador deberán ser reportados a esta Superintendencia, por escrito, los días 30 de septiembre y 30 de marzo de cada año, o el día hábil siguiente, respecto del primer y segundo semestre de cada año, respectivamente, acompañando un informe que dé cuenta de los hechos observados en el período evaluado y, si procede, de la planificación de acciones tendientes a corregir las dificultades pesquisadas. Cuando detecte que haya ocurrido un accidente grave que no haya sido denunciado debidamente, deberá dar aviso inmediatamente a la SEREMI de Salud y a la Dirección del Trabajo.

d) Derivación a un centro asistencial

Una vez efectuada la primera atención, los trabajadores deberán ser derivados según corresponda:

- Si se trata de un accidente ocurrido en la faena o se sospecha la presencia de enfermedad profesional, deben ser derivados inmediatamente al centro asistencial más cercano del organismo administrador al cual esté adherida la entidad empleadora, o con el que éste mantenga convenio de atención, con la DIAT o DIEP, según corresponda.
- En el caso de los trabajadores de empresas contratistas, deberán ser derivados al organismo administrador al que se encuentre adherida o afiliada su empresa.
- Si se trata de una dolencia evidentemente de origen común, el trabajador deberá ser derivado a un centro asistencial de su sistema de salud común, en caso de ser necesario.

Respecto de los centros de atención que dependan de la entidad empleadora, el organismo administrador deberá coordinar directamente con ésta la implementación de un protocolo de atención médica, que incluya las normas para la adecuada derivación de los trabajadores a sus centros asistenciales.

2. Atención en salas de primeros auxilios

Las Salas de Primeros Auxilios otorgan prestaciones de baja complejidad, a cargo de personal paramédico o de una enfermera y cuentan con equipamiento básico para brindar la primera atención a los trabajadores.

Una vez otorgados los primeros auxilios, se debe derivar al trabajador a un centro asistencial del organismo administrador correspondiente, con su respectiva DIAT o DIEP, según corresponda.

El personal de las referidas salas, en ningún caso podrá determinar el origen común o laboral de un accidente o patología, ni indicar reposo o cambio de faena.

3. Atención en policlínicos

a) Definición de policlínico de empresa.

Es un recinto asistencial ubicado al interior de la entidad empleadora, que debe estar a cargo de un profesional médico cirujano, de acuerdo con lo establecido en el D.S. N° 829, de 1931, del Ministerio de Salud. Los profesionales que ejercen funciones en estos recintos, deben tener las competencias técnicas necesarias para su adecuado desempeño en la atención de urgencia y ambulatoria.

Tratándose de policlínicos dependientes o contratados por la entidad empleadora, el organismo administrador deberá otorgar a los profesionales de dichos policlínicos, una capacitación básica en materias del Seguro de la Ley N° 16.744, incluido el registro de atención señalado en la letra c) del N° 1, de este título.

La capacitación básica señalada en el párrafo anterior deberá comprender, al menos, los siguientes tópicos: Aspectos generales de la Ley N° 16.744, entre ellos su cobertura; las definiciones de accidentes del trabajo, de trayecto y enfermedad profesional; los responsables de la calificación del origen de las afecciones; las prestaciones que contempla el seguro y, quienes son sus administradores.

Los policlínicos ubicados en las empresas pueden ser:

- i) Proporcionados por el organismo administrador del Seguro de la Ley N° 16.744 o,
- ii) Dependientes de la empresa o contratados por ésta a un prestador de servicios médicos.

b) Funciones del médico a cargo del policlínico.

Además de las labores propiamente asistenciales, dicho profesional deberá realizar las siguientes funciones, dependiendo de su vínculo laboral:

- i) Si la atención es brindada por un médico dependiente del organismo administrador, deberá:

- Otorgar la primera atención al trabajador accidentado y definir si es necesario derivarlo al centro asistencial del organismo administrador, lo que se debe efectuar acompañando la respectiva DIAT.

En caso de no ser necesaria la derivación del trabajador al centro del organismo administrador, de igual forma el profesional del policlínico debe remitir la respectiva DIAT a la agencia o dependencia del organismo administrador, cuando se trate de un accidente a causa o con ocasión del trabajo, con o sin días perdidos.

- Calificar el origen del accidente.
- Otorgar la primera atención al trabajador con una enfermedad de posible origen laboral y derivarlo para su evaluación, con la respectiva DIEP, de acuerdo con el protocolo de calificación de origen de enfermedad establecido en la Circular N° 3.241 y sus circulares complementarias.
- Extender el certificado de alta laboral, con su identificación y bajo su firma, cuando no considere necesario que el trabajador guarde reposo.

Si la atención es otorgada por un médico no dependiente del organismo administrador, dicha entidad deberá controlar que después de la primera atención, se derive al trabajador con la DIAT o DIEP, según corresponda, a su centro asistencial más cercano.

En ningún caso el médico de policlínico podrá indicar cambio de faena o alta inmediata a trabajadores que han sufrido un accidente del trabajo o enfermedad profesional y que estén incapacitados para realizar su trabajo habitual. Tratándose de policlínicos que no dependan del organismo administrador, éste deberá velar por el cumplimiento de la presente instrucción.

Tratándose de policlínicos pertenecientes a los organismos administradores o a sus empresas relacionadas, la información del registro de atención del policlínico debe ser incorporada a la ficha clínica única.

V. ATENCION EN CENTROS AMBULATORIOS DE LAS AGENCIAS DEL ORGANISMO ADMINISTRADOR

Las Agencias de los organismos administradores otorgan primeras atenciones o realizan controles programados, en un sistema de atención abierta de baja o mediana complejidad.

Las Agencias que presten servicios asistenciales de salud siempre deben contar con un médico cirujano presente durante su horario de funcionamiento, quien brindará la primera atención a trabajadores que consultan directamente y a aquellos que son derivados desde los centros de atención ubicados en la empresa o desde los servicios de urgencia de los centros asistenciales con o sin convenio.

1. Gestión de los tiempos de espera

Los centros de atención de las Agencias deberán contar con una planificación operativa que, de acuerdo a la capacidad de atención disponible en éstos, permita gestionar los tiempos de espera de los trabajadores que no tienen urgencia desde el punto de vista médico, a fin de atenderlos dentro de un plazo no superior a 90 minutos contados desde la hora de ingreso a la Agencia. Esta planificación debe constar por escrito y el documento respectivo, debe ser remitido a la Superintendencia de Seguridad Social para su conocimiento.

2. Plan de contingencia

Las Agencias deben contar con un plan de contingencia para enfrentar situaciones excepcionales, asociadas a una mayor demanda o a disminución de los recursos profesionales disponibles para la atención, el cual debe incluir las medidas que sean necesarias, para que ningún paciente tenga una espera superior a 90 minutos, salvo razones debidamente justificadas.

Dicho plan debe ser de fácil implementación, quedando establecidos por escrito los procedimientos y responsables de cada etapa, además de los elementos o situaciones que se considerarán para su activación.

Para el cumplimiento de esta instrucción se deberá establecer un plan común para todas las Agencias, el que deberá ser adaptado a la realidad de cada una, mediante un anexo.

El referido plan común deberá ser remitido a esta Superintendencia para su conocimiento y difundido a todos los integrantes del equipo de atención de las Agencias.

3. Prestaciones de especialistas

Además de los médicos generales que atienden la demanda habitual, las Agencias situadas en las capitales regionales deberán contar con traumatólogo contratado por el organismo administrador.

Del mismo modo, se deberá contar con horas contratadas de otros especialistas, definidos de acuerdo a la morbilidad más frecuente observada localmente.

En esta materia, se debe tener consideración que los pacientes con patologías de salud mental deben ser controlados por el mismo médico especialista.

4. Indicación de reposo laboral

En el caso que un trabajador presente incapacidad para reintegrarse a su trabajo habitual, aun cuando sea por un día, debe indicarse reposo laboral, hasta que el trabajador esté capacitado para volver a realizar sus actividades y jornadas habituales.

La indicación de reposo debe efectuarse por escrito, mediante una licencia médica u orden de reposo, según corresponda.

En trabajadores incapacitados que presentan un estado probablemente secuelar, el reposo laboral debe mantenerse mientras existan terapias pendientes y una vez otorgada el alta médica, iniciar o solicitar la declaración de invalidez, dentro de los 5 días hábiles siguientes.

VI. HOSPITALIZACIÓN

1. En establecimientos hospitalarios del organismo administrador

a) Salas de hospitalización

Las habitaciones deben ser uniformes para todos los beneficiarios de la Ley N° 16.744, en cuanto a su calidad y comodidad, incluyendo el acceso a servicios higiénicos. En efecto, se debe garantizar que no exista diferencia o discriminación entre ellos, siendo las condiciones médicas el único factor a considerar, para establecer diferencias.

Tratándose de pacientes privados que sean atendidos por el organismo administrador, las habitaciones para hospitalización que se otorguen a éstos no pueden ser de mejor calidad de aquellas ofrecidas a los beneficiarios de la Ley N° 16.744, excepto cuando las condiciones médicas requieran de un trato diferente.

Sin perjuicio de lo anterior, si las habitaciones del recinto presentan diferencias, se deben otorgar las de mejor calidad de manera prioritaria a los beneficiarios de la Ley N° 16.744.

b) Acceso oportuno a exámenes especializados y/o a interconsultores especialistas

Se debe garantizar el acceso de los trabajadores hospitalizados, en un plazo no superior a 24 horas, contados desde la respectiva solicitud, a los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que se requieran, como también a la atención de especialistas del respectivo organismo administrador o externos.

Del mismo modo, el organismo administrador debe contar con un procedimiento alternativo establecido por escrito, que garantice el acceso a estas prestaciones en el plazo

señalado, en la eventualidad que éstas no estén disponibles en el centro asistencial, ya sea por ausencia de los profesionales, por exceso de demanda u otra situación excepcional.

2. Hospitalización en centros de prestadores en convenio

- a) Los organismos administradores solo podrán contratar la prestación de servicios hospitalarios, con establecimientos asistenciales acreditados como prestadores institucionales por la Superintendencia de Salud.

En los convenios respectivos, deberán estipularse las siguientes obligaciones del prestador:

- i) Realizar un registro adecuado y completo de la atención médica otorgada, en la ficha clínica del establecimiento, que incluya al ingreso una descripción detallada del mecanismo del accidente o del inicio de los síntomas de la enfermedad, así como también del examen físico completo. Igualmente se deben registrar todas las evoluciones clínicas, resultados de exámenes complementarios y fundamentos de las decisiones diagnósticas y terapéuticas, hasta la fecha del alta hospitalaria, con individualización del profesional que efectúa cada prestación.
 - ii) Proporcionar acceso expedito a la ficha clínica completa y a todos los exámenes complementarios, a los profesionales del organismo administrador y a los fiscalizadores de esta Superintendencia, si así se requiriera.
 - iii) Incluir en la ficha clínica los protocolos quirúrgicos si procede, y la epicrisis, la que debe contener, a lo menos, la identificación completa del afectado, fecha de ingreso y de alta hospitalaria, resultado de exámenes complementarios si los hubiera, diagnósticos, estado clínico al alta, indicaciones médicas y fecha de citación a control en el organismo administrador respectivo.
 - iv) Hacer entrega de copia fiel de la ficha clínica completa y de los exámenes complementarios al organismo administrador correspondiente, en un plazo máximo de 5 días hábiles, contado desde el término de las prestaciones intrahospitalarias.
- b) Obligaciones del organismo administrador
- i) Un profesional médico del organismo administrador debe hacerse responsable del ingreso y del alta hospitalaria, además de efectuar visitas periódicas de supervisión sobre la evolución clínica del trabajador afectado, lo que debe constar por escrito en la ficha clínica.
 - ii) En aquellos casos en que no exista integración electrónica, una vez recibida la copia de la ficha clínica completa y los exámenes complementarios, remitidos por el prestador, el organismo administrador debe incorporar todos los registros a la ficha única del trabajador, en un plazo máximo de 5 días hábiles, contados desde la recepción de los documentos.

VII. DERIVACIONES

1. Definición.

Se entiende como derivación el traslado de un paciente de un centro asistencial a otro, para continuar su estudio y/o tratamiento en el segundo establecimiento.

La derivación puede realizarse entre centros de atención propios del organismo administrador, o desde éstos a un prestador externo.

2. Responsables de la indicación de derivación y medio de traslado.

El médico tratante será el responsable de determinar, de acuerdo a la condición clínica del paciente, la indicación de derivación, el centro al que será derivado y el medio de traslado a emplear. Además, debe indicar por escrito, tanto en la ficha clínica como en la hoja de derivación, el o los objetivos de ésta.

Asimismo, un profesional de la salud definirá las condiciones que debe presentar el alojamiento en el lugar de destino, tratándose de prestaciones ambulatorias, cuando corresponda.

El organismo administrador debe contar con un procedimiento destinado a supervisar de manera periódica la evolución clínica de los pacientes que han sido derivados a una entidad externa y el cumplimiento de los objetivos de la derivación.

3. Protocolos de derivación y traslado.

Cada organismo administrador debe disponer de protocolos de derivación y traslado escritos, los cuales deben contener las indicaciones que sean necesarias para cubrir las distintas situaciones clínicas, e identificar a los responsables de cada proceso, incluyendo la coordinación de traslados, tipo de transporte, equipamiento utilizado durante éste, horas médicas, alojamiento, procedimiento para proporcionar antecedentes médicos al profesional consultado y criterios de derivación.

Dichos protocolos deberán regular especialmente la derivación de pacientes con cuadros clínicos complejos, en aquellos casos en que el servicio de urgencia del organismo administrador no cuente con las capacidades profesionales técnicas suficientes para resolverlos.

El organismo administrador debe revisar en forma periódica el cumplimiento de estos protocolos, a fin de controlar su adecuada utilización y de pesquisar y corregir posibles deficiencias en su aplicación.

VIII. INTERCONSULTAS

1. Definición.

Es la evaluación del paciente por otro profesional especialista no tratante, del mismo o de otro establecimiento asistencial, con el objetivo de solucionar materias médicas específicas, para efectuar un diagnóstico y/o formular o adecuar el tratamiento.

Una vez resuelta la materia específica que requirió la interconsulta, el profesional médico tratante será el responsable de adecuar el tratamiento o prescribir las indicaciones que correspondan.

2. Gestión de tiempos de espera para la interconsulta.

Los centros de atención de los organismos administradores deberán contar con una planificación operativa, que posibilite realizar una gestión de los tiempos de espera para la

interconsulta, en especial cuando se trate de especialidades de alta demanda, o cuando se produzca la ausencia del interconsultor habitual.

Para estos efectos y dependiendo de la urgencia médica del caso, cada organismo administrador debe contar con más de un interconsultor por especialidad, y establecer los plazos máximos para acceder a esta prestación, los que en ningún caso podrán ser superiores a 7 días corridos, contados desde la fecha de emisión de la orden médica, para las atenciones ambulatorias.

El referido plan debe constar por escrito y el documento respectivo debe ser remitido a esta Superintendencia para su conocimiento.

3. Protocolos de derivación a interconsultas.

Para la derivación de pacientes en interconsulta a otro centro asistencial, el organismo administrador debe contar con un protocolo que garantice el otorgamiento oportuno de las prestaciones adecuadas a su condición clínica y el cumplimiento de los objetivos de la interconsulta.

Este protocolo deberá considerar siempre la situación médica del afectado y designar a los responsables de cada una de las actividades, contemplando al menos lo siguiente:

- a) Los mecanismos de coordinación para la atención por el interconsultor;
- b) El envío de los antecedentes clínicos y los exámenes complementarios;
- c) El envío de la hoja de interconsulta al evaluador que la realizará, la cual debe incluir una descripción detallada de lo solicitado;
- d) Los mecanismos de control del cumplimiento de los objetivos de la interconsulta;
- e) El registro en la ficha clínica del paciente, de la solicitud de interconsulta y de la respuesta del médico consultado, con su identificación y especialidad;
- f) Los procedimientos para el traslado de los pacientes si así fuera necesario; y
- g) En el caso de traslado de pacientes de regiones, la cobertura de las necesidades básicas cotidianas del trabajador durante el lapso que esté en interconsulta (alojamiento, alimentación u otros), considerando su autovalencia y/o eventuales necesidades especiales para su cuidado y traslado personal.

IX. REHABILITACIÓN

La Rehabilitación es un proceso destinado a permitir que las personas con incapacidad temporal o permanente, alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y social.

La Rehabilitación comprende, entre otras actividades, atención médica, fisioterapia, kinesiterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, tratamiento psiquiátrico y terapia psicológica, confección de prótesis y de aparatos ortopédicos y su reparación.

El tratamiento debe ser prescrito por un médico, señalando el objetivo, duración del mismo y fecha de control, quien será responsable de la supervisión de la evolución del paciente e indicación del alta.

En la ficha clínica se debe registrar las indicaciones, las evaluaciones funcionales, así como la evolución de los resultados de la rehabilitación.

El organismo administrador debe confeccionar protocolos de tratamiento para las afecciones más frecuentes, en sus Agencias y hospitales.

1. Centros de rehabilitación en capitales regionales.

Los organismos administradores deben contar, al menos, en las capitales regionales, con centros de rehabilitación que cumplan las siguientes exigencias:

a) Infraestructura y equipamiento:

- i) Los centros deben ubicarse dentro de la Agencia, cercanos al lugar donde se efectúa la atención médica, para facilitar la supervisión de los tratamientos. Esta exigencia no será aplicable cuando el centro de rehabilitación pertenezca a un prestador en convenio.
- ii) El espacio debe ser adecuado en relación a la demanda de prestaciones kinésicas, con el fin de otorgar una atención personalizada y con la debida comodidad de los pacientes, evitando el hacinamiento.
Deben contar con un gimnasio, con los implementos de apoyo para ejercicios y entrenamiento de marcha, boxes para fisioterapia con sus correspondientes equipos, hidroterapia y una sala de terapia ocupacional.

b) Recursos humanos:

El centro deberá contar con una cantidad de horas de kinesiólogo suficientes para otorgar una atención oportuna y personalizada a los pacientes. Asimismo, deberá disponer de terapeuta ocupacional, psicólogo y asistente social, con el objetivo de otorgar una atención integral al paciente que lo requiera, acompañándolo en su reintegro laboral y social.

2. Atención de rehabilitación de pacientes de alta complejidad en establecimientos hospitalarios del organismo administrador.

a) Infraestructura y equipamiento:

- i) Deben contar con una planta física, con la capacidad suficiente para dar cobertura a la demanda y que permita una distribución de los espacios para la realización de las distintas actividades.
- ii) Deben contar con boxes de consulta médica y fisioterapia, gimnasio amplio con implementos de apoyo para ejercicios terapéuticos y equipos de hidroterapia.
- iii) Además, deben tener salas de integración sensorial y terapia ocupacional para entrenamiento en actividades de la vida diaria y confección de órtesis y férulas.

b) Recursos humanos

El centro de rehabilitación debe contar con médico fisiatra y tener acceso a otras especialidades médicas (traumatólogo, neurólogo, cirujano plástico) y otros profesionales (kinesiólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, sicólogo, asistente social, entre otros).

IX. REINTEGRO LABORAL PROGRESIVO

Si el médico tratante estima necesario, como parte de su terapia, que el trabajador se reincorpore a sus labores en forma progresiva, este tipo de reintegro podrá ser autorizado por un período limitado, precisando el horario en el cual se realizará y entregando las indicaciones que sean necesarias al trabajador y su empleador. Asimismo, el médico deberá asegurarse que dicha autorización no impida al interesado cumplir con el resto del tratamiento que le ha sido prescrito, su asistencia a controles o su rehabilitación, para la cual deberá evaluar constantemente la evolución del trabajador. Por consiguiente, esta reincorporación resulta aplicable en tanto se cumplan las condiciones descritas, sin que sea procedente entender que se trata de un alta laboral.

Ahora bien, durante los periodos en los cuales, como parte de la terapia, se autorice la reincorporación paulatina del afectado, conforme a las condiciones citadas precedentemente, el respectivo organismo administrador deberá continuar pagando subsidios por incapacidad hasta el alta del trabajador, sin que el empleador deba enterarle su remuneración. Consecuentemente, corresponde que dichos períodos sean considerados dentro de la siniestralidad efectiva de la respectiva entidad empleadora.

X. ADECUACIÓN DOMICILIARIA Y CONTRATACIÓN DE CUIDADOR

Cuando la víctima de un accidente del trabajo o enfermedad profesional resulte con una incapacidad permanente que interfiera con su adecuado desplazamiento y sus actividades de la vida diaria, el organismo administrador deberá dotar al lugar donde habita, de la infraestructura y equipos necesarios para facilitar la realización de dichos actos.

Si las circunstancias del caso así lo ameritan, será responsabilidad del organismo administrador proporcionar al inválido el auxilio de terceros mediante la contratación de los servicios de un cuidador que le brinde asistencia en el desarrollo de los actos elementales de la vida en su casa habitación.

XI. VIGENCIA

Esta Circular entrará en vigencia a contar de la fecha de su publicación.

Los protocolos y procedimientos exigidos en esta Circular y que deben ser enviados a esta Superintendencia, deberán ser remitidos en el plazo máximo de 180 días corridos, contado desde la entrada en vigencia de esta Circular.

Se deberá dar la más amplia difusión de estas Instrucciones entre los profesionales encargados de su aplicación.

CLAUDIO REYES BARRIENTOS
SUPERINTENDENTE DE SEGURIDAD SOCIAL

Se adjunta 1 anexo
DISTRIBUCIÓN

- Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744
- Instituto de Seguridad Laboral
- Empresas con Administración Delegada

BORRADOR

ANEXO N° 1

CONTENIDOS BÁSICOS DE LA FICHA CLÍNICA ÚNICA

1. Identificación del trabajador (nombre, RUT, sexo, edad, cargo que desempeña)
2. Identificación del empleador (nombre, RUT, área económica)
3. En la primera atención:
 - DIAT o DIEP
 - Fecha y hora de la atención.
 - Motivo de la consulta; descripción detallada del mecanismo que produjo la lesión del trabajador, fecha, hora y lugar donde ocurrió el accidente.
 - Examen físico completo, con énfasis en la descripción de las lesiones presentadas.
 - Examen funcional: evaluación básica de salud mental, rangos articulares y otros. Señalar posibles limitaciones para la actividad laboral y/o para las actividades de la vida diaria, que sean atribuibles a las lesiones presentadas.
 - Realización de exámenes complementarios, si corresponde, y descripción de sus resultados.
 - Diagnósticos y sus fundamentos.
 - Incapacidad temporal: fundamentos de su presencia o ausencia.
 - Indicación de reposo.
 - Indicaciones entregadas al trabajador.
 - Destino después de primera atención: volver al trabajo habitual, a su casa, derivación a otro centro asistencial (identificar).
 - Medio de traslado del trabajador.
 - Nombre completo del médico tratante, cargo, especialidad y firma.