



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
EDUCACIÓN
Secretaría de Educación

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: _____
Intencionalidad	<input type="checkbox"/> Intencional		<input type="checkbox"/> No intencional		<input type="checkbox"/> Autoinfringido	
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"/> Corte/Puñalada	<input type="checkbox"/> Pirotecnia	<input type="checkbox"/> Lesión por cuerpo extraño	<input type="checkbox"/> Electricidad		
<input type="checkbox"/> Caída a propia altura	<input type="checkbox"/> Disparo con arma de fuego	<input type="checkbox"/> Estrangulado/Ahorcado	<input type="checkbox"/> Plaguicidas	<input type="checkbox"/> Desastre natural		
<input type="checkbox"/> Caída de altura	<input type="checkbox"/> Fuego/Llama/Humo	<input type="checkbox"/> Inmersión/Ahogado	<input type="checkbox"/> Mordedura de persona	<input type="checkbox"/> Intoxicación		
<input type="checkbox"/> Caída de escaleras	<input type="checkbox"/> Líquido Extraño/Objeto caliente	<input type="checkbox"/> Asfixia por cuerpo extraño	<input type="checkbox"/> Mordedura de animal	<input type="checkbox"/> No sabe		
<input type="checkbox"/> Golpe/Fuerza contundente				<input type="checkbox"/> Otro mecanismo		
NATURALEZA DE LA LESIÓN						
<input type="checkbox"/> Trauma dental	<input type="checkbox"/> Contusión a órganos internos	<input type="checkbox"/> Luxación	<input type="checkbox"/> Cortada/Mordida/Herida abierta	<input type="checkbox"/> Laceración		
<input type="checkbox"/> Trauma craneoencefálico	<input type="checkbox"/> Quemadura	<input type="checkbox"/> Esguince	<input type="checkbox"/> Lesión superficial	<input type="checkbox"/> Ninguna		
<input type="checkbox"/> Lesión orgánica sistemática	<input type="checkbox"/> Fractura	<input type="checkbox"/> Lesión profundamente penetrante	<input type="checkbox"/> Abrasión	<input type="checkbox"/> Lesión (sin diagnostico)		
PARTE DEL CUERPO AFECTADA						
<input type="checkbox"/> Cráneo	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Miembros superiores (brazos)	<input type="checkbox"/> Manos/Dedos	<input type="checkbox"/> Cadera		
<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Miembros inferiores (piernas)	<input type="checkbox"/> Pies/Dedos	<input type="checkbox"/> Frente		
<input type="checkbox"/> Maxilofacial/Nariz/Oídos	<input type="checkbox"/> Columna		<input type="checkbox"/> Dientes	<input type="checkbox"/> Sistemico		
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Pelvis/Genitales		<input type="checkbox"/> Boca	<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 REPRESENTANTE DEL COLEGIO Nombre: _____ C.C. _____ de _____ Cargo: _____		