



**PATRONATO NACIONAL DE LA INFANCIA
GERENCIA DE ADMINISTRACION
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

Procedimiento para la comunicación y llenado de la boleta de “Aviso de accidente, enfermedad de trabajo y orden de atención médica.”

Con el objetivo de mejorar la comunicación de los “Avisos de Accidentes”, así como de confirmar que los mismos se presentaron durante la jornada laboral, se comunica oficialmente que todo accidente laboral en el cual el (la) colaborador (a) requiera atención médica, el jefe inmediato de la instancia donde labore este debe completar el “**Aviso de Accidente, enfermedad de trabajo y orden de atención médica**”.

Para garantizar que el documento no sea devuelto por el Instituto Nacional de Seguros se detalla información importante:

Disposiciones Generales.

1. La boleta la pueden descargar de la página del PANI, en Gestión Institucional-Salud Ocupacional.
2. El colaborador, solamente reportará aquellos accidentes que se presentaron durante la Jornada laboral.
3. Es responsabilidad de la jefatura, comunicar al personal bajo su dirección que deben comunicar cualquier accidente que sufran, ya sea porque requieren la boleta inmediatamente, o solamente para prevenir que después de la jornada laboral presente algún problema relacionada al accidente que sufrió durante el trabajo, en este segundo punto no se debe hacer la boleta, solamente el aviso es verbal para tener conocimiento de lo sucedido.
4. “El documento debe ser firmado por el patrono o su representante. Asimismo, debe tener el sello de la empresa, el nombre legible de la persona que firma y debe ser confeccionado en un solo trazo de letra”. (INS).
5. Según el art. 221 del Título IV del Código de Trabajo, la notificación del accidente debe realizarse en un plazo no mayor de 8 días hábiles, que empiezan a contar desde el momento del accidente, después de este tiempo, el INS no atenderá el evento.
6. Para llenar el documento denominado “**Aviso de accidente, enfermedad de trabajo y orden de atención médica**”, se presenta la siguiente guía:

#	Casillas	Indicaciones
1	Primer Apellido/ Segundo Apellido /Nombre Completo	Todos estos datos son del colaborador accidentado.
2	Tipo de identificación	Indicar en el recuadro que corresponda el tipo de identificación que tiene la persona
3	Fecha de nacimiento	Indicado de la siguiente manera: dd/mm/aa
4	Nacionalidad	Anotar la nacionalidad de la persona accidentada.
5	Sexo	Indicar en el recuadro que corresponda: Femenino / Masculino
6	Estado civil	
7	Identificación	Indicar el número de cédula, incluyendo ceros.
8	Escolaridad	Indicar con en el recuadro que corresponda
9	Ocupación o actividad económica	Anotar el puesto que desempeña: abogado, trabajador social, psicólogo, entre otros.
10	Provincia Cantón Distrito	Anotarlo en el orden que se indica.
11	Dirección exacta	
12	Calle Avenida Otras señas	De conocerlo se anota, en “Otras señas”, color de casa, número de casa entre otros.
13	Apartado: Teléfono de oficina/ teléfono del domicilio/ teléfono celular	



**PATRONATO NACIONAL DE LA INFANCIA
GERENCIA DE ADMINISTRACION
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

14	Correo electrónico	Anotar el correo electrónica de la persona afectada
DATOS RELATIVOS CON RELACIÓN LABORAL		
15	Número de póliza	Ya se indica, no modificar (0121457)
16	Nombre del Patrono	Ya se indica, no modificar (Patronato Nacional dela Infacia)
17	Dirección del Patrono	
18	Correo electrónico	Correo electrónico de la jefatura inmediata de la persona lesionada
19	Teléfono de Oficina	Indicar teléfono para localizar a la jefatura inmediata de la persona lesionada.
20	Fax	En caso de tener Fax indicarlo
21	Forma de pago	Ya se indica, no modificar (No mensual)
22	Jornada laboral	Indicar en el recuadro que corresponda: Ejemplo: Diurna Nocturna Mixta
23	Fecha de ingreso a la empresa	Indicado de la siguiente manera: dd/mm/aa En caso que la persona no recuerde la fecha de ingreso, comunicarse con Salud Ocupacional, RRHH.
24	Días laborados por semana	Indicar sobre el número que representa el número de días que trabaja por semana.
DATOS RELATIVOS AL ACCIDENTE		
25	Lugar del accidente	Anotado de la siguiente manera: Provincia/ Cantón/ Distrito así como dirección exacta.
26	Fecha y hora del accidente	Indicado de la siguiente manera: día/ mes/ año/ hora Ejemplo: 11 agosto 2015 14:00
27	Fecha en que suspende trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - En caso que el accidente se reportara el mismo día se anota el día del accidente. - Si el accidente fue otro día la fecha que se indica en este apartado es de cuando se hace el reporte. - Anotado de la siguiente manera: dd/ mm/ aa/
28	El accidente ocurrió en:	Los accidentes que se reporten solamente serán los que se presentaron durante la Jornada Laboral.
29	Trabajador Falleció	En caso de muerte del trabajador la boleta será realizada por Presidencia Ejecutiva del PANI
30	Descripción del accidente (Indicar qué hacía, cómo ocurrió y cuáles miembros se lesionó)	<p>En este punto se les solicita prestar mucha atención ya que el INS puede devolver la boleta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicar lugar del accidente, específicamente en qué área de la institución se ubicaba: comedor, parqueo, oficina u otra. - Describir qué hacía el trabajador al momento del percance. - ¿Cómo ocurrió el accidente? - Indicar cuál o cuáles partes del cuerpo están afectadas: mano derecha, rodillas pierna izquierda, ojo derecho y otros. - Indicar lo que causó el accidente, y el mecanismo de trauma si fue corte, golpe, torcedura, caída, por ejemplo.
DATOS RELATIVOS A LA EMFERMEDAD LABORAL		
31	Mencione los síntomas que presenta el trabajador (a)	Detallar los síntomas que presenta la persona.
32	Fecha que recibió la PRIMERA atención	Indicar día y mes en que la persona por primera vez



**PATRONATO NACIONAL DE LA INFANCIA
GERENCIA DE ADMINISTRACION
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

	médica por estos síntomas	recibió atención médica por los síntomas descritos anteriormente
33	Centro en que recibió atención médica	Indicar el nombre del centro médico donde lo atendieron por esos síntomas
34	Nombre del Patrono o Representante Legal Sello de la empresa	Indicar el nombre del jefe que elaboró la boleta
35	Número de identificación	Indicar el número de identificación del jefe que elaboró la boleta
36	Firma	
ESPACIO PARA EL USO DEL INS		
ESTE APARTADO SERÁ COMPLETADO POR EL PERSONAL DEL INS		
37	Seguidamente completar el apartado: Patrono: Nombre del Trabajador Dirección: Fecha del accidente	Indicar: Patronato Nacional de la Infancia Nombre del trabajador Apartado 5000-1000 dd/mm/aa
1	El apartado siguiente corresponde al salario devengado en los últimos 3 meses de planilla	Comunicarse con RRHH, a la unidad de Salud Ocupacional. En la columna de "Observaciones" se debe completar si hay diferencia de salarios entre un mes y otros por causa de incapacidad, u otra situación que altero el monto.
2	Si el trabajador no labora jornada completa, sírvase aclararlo indicando cuál es su jornada	
3	Si el trabajador es de nuevo ingreso indique la Sede donde se presentó la inclusión provisional	Todas las inclusiones se realizan en las Oficinas Centrales PANI, Barrio Luján
4	Favor encerrar con un círculo el área del cuerpo según el diagrama que se lesiona el trabajador en el accidente, si son varias, amplíe el espacio de observaciones	Señalar la parte del cuerpo que se vio afectada por el accidente, en caso de requerir ampliar al final del documento hay un apartado de "Observaciones"
	Testigos presenciales del accidente Dirección Teléfono	Nombre completo de las personas que presenciaron el evento. Indicar dónde vive esta persona Algún número donde los pueda localizar

1. Se imprime el documento luego de completarlo, se debe reproducir en 2 copias las cuales son para el colaborador accidentado (uno para que se entregue al INS y el segundo para que le sellen el recibido y debe devolverse a la jefatura inmediata. En caso de completarse a mano se le saca una copia al documento.
2. Para garantizar que el Aviso con el sello de recibido no se extravíe, se procede a lo siguiente:
 - a. Para las unidades o departamentos ubicados en la sede Central, sita en Barrio Luján, el documento con el sello de recibido, debe enviarse al Área de Salud Ocupacional del Departamento de Recursos Humanos, en un plazo no mayor a 5 días.
 - b. Para las demás oficinas (Departamento Atención Integral, Oficinas Locales, Direcciones Regionales, Aldeas, Albergues), los documentos se mantendrán en las oficinas donde labora el (la) colaborador (a), donde se tendrá un Portafolio (ampo) exclusivamente para guardar los "Avisos de accidente" con su respectiva sello de recibido por el INS, además se debe escanear el documento y enviarlo al correo villalta@pani.go.cr, en asunto indicar "Reporte INS, y el área



**PATRONATO NACIONAL DE LA INFANCIA
GERENCIA DE ADMINISTRACION
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

de trabajo del accidente”. Ejemplo: Reporte INS_ Recursos Humanos, con el objetivo de levantar el respectivo expediente por cada caso y además, llevar estadísticas relativas al área.

- c. En caso que el colaborador en el momento del accidente no presente molestia, pero luego de la jornada laboral deba ir a un centro médico, al día siguiente deberá traer la boleta emitida por el centro médico para poder proceder con el “Aviso de accidente” en caso contrario no se hará la boleta de Aviso.

SOLICITUD DE SERVICIOS MÉDICOS CASO CON ALTA

Esta gestión es mejor conocida como “Reapertura” se completa cuando el colaborador ha sido dado de alta en el INS, pero el colaborador tiempo después indica continuar con la molestia en la misma parte del cuerpo por la que fue tratada en el INS.

Los documentos de reapertura, serán completados por la oficina que realizó el “**Aviso de accidente**”,

#	Casillas	Indicaciones
1	Cédula o Pasaporte	De la persona a quien se le abre la reapertura
2	Fecha del accidente	De acuerdo al Aviso de accidente
3	Nombre del Patrono	Ya se indica (Patronato Nacional de la Infancia)
4	Póliza	Ya se indica (0121457)
5	Fecha de emisión	Indicar el día en el cual se hace la boleta
6	Nombre y firma de patrono o persona autorizada	Indicar nombre y firma del jefe inmediato
7	Solicitud de servicios N	Uso exclusivo del INS

Se debe dar aviso al área de Salud Ocupacional del Departamento de Recursos Humano, sobre la reapertura del caso al correo vvillalta@pani.go.cr y seguir el mismo procedimiento descrito en los puntos 6 y 7 de las Disposiciones generales.

El colaborador presentará el documento ante el INS, quien lo valorará y emitirá su criterio, en caso que la dolencia no sea producto de la lesión reportada en el “Aviso de Accidente” el INS emitirá un informe a la jefatura inmediata. La reapertura y el informe deberán escanearse y enviarse al correo electrónico dado anteriormente.

ci: Archivo