

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DIEP

ENCABEZAMIENTO

- Código del Caso: debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.
- Fecha de Emisión: Anote el día, mes y año en que está llenando este formulario DIEP(día-mes-año).
- Folio de la DIEP: debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.

A IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

1. Nombre o Razón Social: Anote los datos de la entidad empleadora o empleador del trabajador/a enfermo/a (evite el uso de siglas y abreviaturas).
2. RUT: Anote el RUT de la entidad empleadora o empleador.
3. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote el domicilio oficial de la entidad empleadora o de la casa matriz. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
4. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra el domicilio oficial de la entidad empleadora.
5. Número de teléfono: Anote el número telefónico del domicilio oficial de la entidad empleadora, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
6. Actividad Económica: Señale qué actividad desarrolla la entidad empleadora. Anote en el casillero en blanco.
7. N° de Trabajadores: Señale cuántos Hombres y cuántas Mujeres trabajan en la empresa. Anote en el cuadro respectivo.
8. Propiedad de la Empresa: Marque con una x si es una entidad empleadora pública o privada.
9. Tipo de Empresa: Marque con una x si es Principal, Contratista, Subcontratista o de Servicios Transitorios.
10. Si es contratista o subcontratista, señale la actividad que desarrolla la empresa principal. Anote en el espacio en blanco.

B. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A

11. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos del trabajador/a enfermo/a, según el orden solicitado.
12. RUN: Anote el RUN o RUT del trabajador/a enfermo/a.
13. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote los datos del domicilio del trabajador/a enfermo/a. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
14. Comuna: Anote la comuna que corresponde a la dirección del trabajador/a enfermo/a.
15. Número de teléfono: Anote el número telefónico del trabajador/a enfermo/a, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
16. Sexo: Marque con una x el casillero que corresponda al sexo del trabajador/a enfermo/a.
17. Edad: Anote la edad en años cumplidos a la fecha del accidente, del trabajador/a enfermo/a.
18. Fecha de Nacimiento: Señale el día, mes y año de nacimiento del trabajador/a enfermo/a (día-mes-año).
19. Pueblo originario: Marque con una x el casillero correspondiente al pueblo originario al que pertenece el trabajador/a enfermo/a. Si no pertenece a alguno, marque una x en Ninguno.
20. Nacionalidad: Anote la nacionalidad del trabajador/a enfermo/a.
21. Profesión u Oficio: Anote en el casillero en blanco la profesión u oficio del trabajador/a enfermo/a.
22. Antigüedad en la Empresa: Anote el número de años, meses o días que llevaba desempeñándose el Trabajador/a, en la empresa cuando se enfermó. Marque con una x el recuadro respectivo.
23. Tipo de Contrato: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de contrato del trabajador/a enfermo/a.
24. Tipo de ingreso: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de ingreso que percibe el trabajador/a enfermo/a.
25. Categoría Ocupacional: Marque con una x el casillero que corresponda a la categoría ocupacional del trabajador/a enfermo/a.

C. DATOS DE LA ENFERMEDAD

26. Describa las molestias o síntomas que actualmente tiene el trabajador/a: Autoexplicativo.
27. ¿Hace cuánto tiempo tiene estas molestias?: Responda la pregunta anotando, en el recuadro, el número de días o meses o años que el trabajador/a ha tenido las molestias o síntomas, y marque con una x en el casillero que corresponda.
28. ¿Había tenido estas molestias en el puesto de trabajo actual, anteriormente? Marque con una x en el casillero que corresponda, Sí o No.
29. Parte del cuerpo afectada: Anote en el recuadro en blanco la parte de cuerpo que corresponda.
30. Describa el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: Autoexplicativo.
31. Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: Autoexplicativo.
32. Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias?: Anote en el casillero respectivo, Sí o No.
33. ¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias?: Autoexplicativo.
34. ¿Cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo?: Anote número de días o meses o años, y marque con una x lo que corresponda (días o meses o años).

D. IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE

35. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos de la persona que extiende la denuncia o Denunciante, según el orden solicitado.
36. RUN: RUN o RUT de la persona que extiende la denuncia o Denunciante.
37. Número de teléfono: Anote el número de teléfono del Denunciante, anteponga el código de la ciudad o de celular, según corresponda.
38. Clasificación del denunciante o persona que extiende la denuncia, según Ley 16.744: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de Denunciante que se trata, puede ser el empleador o su representante, el propio trabajador/a enfermo/a, un familiar del trabajador/a enfermo/a, el Comité Paritario del lugar de trabajo del trabajador/a enfermo/a, el médico tratante, la empresa usuaria cuando se trate de un trabajador de una empresa de servicios transitorios u "otro", en caso de que se trate de una persona que tomó conocimiento del hecho y no está en esa lista.
39. Firma: La persona que denuncia debe firmar el formulario.

DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)

Código del Caso
 Uso interno IST

Fecha de Emisión

Folio: _____
 Uso interno IST

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social RUT

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna Número de Teléfono

Actividad Económica N° de Trabajadores Propiedad de la Empresa
 Hombres Mujeres Pública Privada

Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios
 Tipo de Empresa

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

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno RUN

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna Número de Teléfono

Hombre Mujer
 Sexo Edad Fecha de Nacimiento

Nacionalidad Profesión u Oficio

Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario:
 Alacalufe Colla Quechua Otro - ¿Cuál?
 Atacameño Diaguita Rapanui Mapuche Yamana (Yagán) Ninguno

Días Meses Años Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada
 Antigüedad en la Empresa Tipo de Contrato

Empleador Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario
 Categoría Ocupacional

Tipo de Ingreso:
 Remuneración Fija
 Remuneración Variable
 Honorarios

C. Datos de la Enfermedad

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

Días Meses Años Sí No
 ¿Hace cuánto tiempo tiene esas molestias o síntomas? Parte del cuerpo afectada

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

Nombre del Puesto de trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: Sí No
 ¿Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias?:

Días Meses Años
 ¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas? ¿Cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo?

D. Identificación del Denunciante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno RUN

Número de Teléfono

Clasificación del Denunciante (Ley 16.744):
 Empleador Trabajador/a Familiar Médico Tratante
 Comité Paritario Empresa Usaria Otro

Firma