

PROTOCOLO DE ACCIDENTES DEPORTIVOS

I.- FUNDAMENTO

Cualquier actividad física conlleva beneficios y algunos riesgos como posibles lesiones óseas y musculares, en forma muy excepcional, problemas cardíacos, arritmias e incluso muerte súbita. Con el fin de minimizar estos riesgos es muy importante conocer la condición de salud de nuestros estudiantes y tomar medidas para asegurar el buen uso de los seguros médicos de la Universidad y otras acciones que nos permitirán tener la tranquilidad que los estudiantes están debidamente acompañados, protegidos y a resguardo.

II.- DOCENTE

- Al inicio de cada semestre debe informar a los y las estudiantes el protocolo de accidentes y uso de seguro escolar.
- Durante la primera semana del curso, debe verificar que los y las estudiantes hayan completado la Ficha de Salud, asegurándose que lista de integrantes del curso coincida con las Fichas de Salud enviadas por los alumnos(a).
- **En caso de lesión:**
 1. Evaluar gravedad.
 2. Sugerir al o la estudiante que realice una evaluación médica antes de 48 horas en servicio público de salud para acceder a seguro escolar.
 3. Entregar al estudiante "Declaración Individual de Accidente Escolar", disponible en la Secretaría de Deportes, para que lo presente en centro asistencial público (ver anexo).
- **En caso de accidente, atención inmediata:**
 1. Asegurar traslado del estudiante a centro de salud debidamente acompañado (profesor, compañero/ayudante o familiar) en vehículos de emergencia, auto particular o taxi si es necesario con cargo a Facultad.
 2. Informar a Secretaría de Deportes para dar aviso al contacto de emergencia disponible en la Ficha de Salud o quien indique el estudiante para comunicar el lugar de traslado (H. Sotero o H. P. Hurtado en Campus).
 3. Comunicar en la entrada del centro asistencial que se trata de un accidente escolar, entregando "Declaración Individual de Accidente Escolar" (ver anexo).
 4. Presentar cédula de identidad del accidentado.

III.- ESTUDIANTES

- Completar Ficha de Salud que entregará el profesor del curso.
- En caso de necesitar certificado médico debe ser entregado al profesor durante las primeras 4 semanas de clases, si transcurrido este período el certificado está ausente, el o la estudiante no podrá asistir a clases presenciales ⁽¹⁾
- Para resguardar la seguridad de alumno y de los demás participantes del curso está prohibido realizar actividades deportivas o recreativas bajo los efectos de alcohol, drogas u otras sustancias ilegales.

(1) Situaciones especiales, justificadas, podrán ser evaluadas por el profesor.

IV.- SEGURO ESCOLAR

Los estudiantes que tengan la calidad de alumnos regulares de algún establecimiento fiscal o particular dependientes del Estado o reconocidos por este quedarán sujetos al Seguro Escolar contemplado en el Artículo 3 de la Ley N° 16.744, por los accidentes que sufran durante sus estudios, o en la realización de su práctica educacional o profesional en las condiciones y con las modalidades que se establecen en la referida legislación.

Para los efectos del Decreto se entenderá por accidente toda lesión que un estudiante sufra a causa o con ocasión de sus estudios, o de la realización de su práctica educacional.

El escolar accidentado tendrá derecho a las siguientes prestaciones que se otorgarán gratuitamente hasta su curación completa o mientras subsista los síntomas de las secuelas causadas por el accidente.

- Atención médica, quirúrgica y dental en establecimiento externo al domicilio.
- Hospitalización, si fuere necesario, a juicio del facultativo tratante.
- Medicamentos y productos farmacéuticos.
- Prótesis y aparatos ortopédicos y su reparación.
- Rehabilitación física y reeducación profesional.
- Los gastos de traslado y cualquier otro necesario para el otorgamiento de estas prestaciones.

Condiciones para su uso:

- Acudir al centro asistencial de la red pública más cercano.
- Plazo para el uso, 48 horas desde que se produce el accidente.
- Documentar la declaración de accidente.

Para conseguir más información acerca del Seguro Escolar puedes acceder a la web Secretaría de Estudios de Agronomía y dar clic en la sección "Deportes y Recreación". <https://bit.ly/3zX1Zxu>

V.- FICHA DE SALUD

La Ficha de Salud nos permite detectar situaciones de riesgo en nuestros estudiantes e informar a familiares o personas cercanas si ocurre un accidente. Es un requisito obligatorio para participar de las actividades que ofrece el área de deportes y debe ser actualizada cada semestre que el estudiante sea parte de los cursos o selecciones del campus.

ANTECEDENTES PERSONALES DEL ESTUDIANTE	
NOMBRE:	
DIRECCIÓN:	
TELÉFONO:	
CONTACTO DE EMERGENCIA:	PARENTESCO:
TELÉFONO DE EMERGENCIA:	
GRUPO SANGUÍNEO:	
PREVISIÓN DE SALUD:	
SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD:	
MEDICAMENTO QUE CONSUME:	
Enfermedad	Medicamento

ALÉRGICO A:
OBSERVACIONES:

Agradecemos marcar las siguientes afirmaciones si has presentado / presentas alguna de las siguientes enfermedades y / o condición.

SECCIÓN 1

HISTORIAL

Usted tiene

- Enfermedad cardíaca.
- Enfermedad metabólica (diabetes, hipertensión, renal u otra).
- Asma o cualquier otra enfermedad pulmonar.

SÍNTOMAS

- Sientes molestias en el pecho cuando realiza esfuerzos.
- Experimentas dificultad en la respiración sin razón alguna.
- Experimentas mareos, se ha desmayado o ha perdido el conocimiento.

OTROS PROBLEMAS DE SALUD

- Tienes problemas óseos musculares que limiten la actividad física.
- Tienes inquietud sobre la seguridad de los ejercicios que vas a realizar.
- Estas embarazada.

Si has marcado cualquiera de las opciones de esta sección, debes solicitar un certificado médico para desarrollar deportes o actividad física.

SECCIÓN 2

FACTORES DE RIESGOS

- Fumas o has dejado de fumar en los últimos 6 meses.
- Consumes alcohol regularmente.
- Has experimentado episodios de presión arterial mayor a 140 / 90 mm Hg en los últimos 6 meses.
- Has experimentado episodios de colesterol sanguíneo mayor a 200 mg/dl, en los últimos 6 meses.
- Tienes algún familiar cercano que ha sufrido un ataque cardíaco antes de los 55 años (padre o hermano), o antes de los 65 años (madre o hermana).
- Eres una persona sedentaria (hace menos de 30 minutos de actividad física mínimo 3 veces por semana).
- Tienes un índice de masa corporal (IMC) mayor a 30. (IMC = Peso / Estatura*Estatura)

Si has marcado 2 o más opciones de esta sección, debes solicitar un certificado médico para desarrollar deportes o actividad física.

Los datos recopilados en esta ficha son de carácter confidencial y solo serán usados en caso de accidente del estudiante involucrado.

VI.- ANEXO



DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

N°

Antes de registrar los datos lea las instrucciones al reverso

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

FISCAL O MUNICIPAL = 1
 PARTICULAR = 2

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____ CIUDAD _____ COMUNA _____

CURSO _____ HORARIO _____

FECHA REGISTRO de los DATOS
 DIA MES AÑO

SEXO
 M = 1 F = 2

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES _____ AÑO NACIMIENTO _____ EDAD _____

RESIDENCIA HABITUAL:

CALLE _____ NUMERO _____ POBLACION/VILLA _____ COMUNA _____ CIUDAD _____ CODIF. COM. _____

C. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE (FECHA, HORA Y DIA DE LA SEMANA EN QUE SE ACCIDENTO)

HORA MIN. AÑO MES DIA

TESTIGOS: (EN CASO DE TRAYECTO)

DIA ACCIDENTE ACCIDENTE:
 LUNES = 1
 MARTES = 2
 MIERCOLES = 3
 JUEVES = 4
 VIERNES = 5
 SABADO = 6
 DOMINGO = 7

DE TRAYECTO = 1 EN LA ESCUELA = 2

a) NOMBRE - APELLIDO _____ C. NAC. DE ID. _____
 b) NOMBRE - APELLIDO _____ C. NAC. DE ID. _____

CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBA COMO OCURRIO - CAUSAL)

.....

FIRMA Y TIMBRE
 RECTOR O REPRESENTANTE

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

CODIGO S S ESTABLEC. _____

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL _____

DIAGNOSTICO MEDICO _____

PARTE DEL CUERPO AFECTADA _____ HOSPITALIZACION SI = 1 NO = 2 TOTAL DIAS HOSP. _____ INCAPACIDAD SI = 1 NO = 2 TOTAL DIAS INCAPACIDAD _____

TIPO DE INCAPACIDAD CAUSA DE CIERRE DEL CASO FECHA CIERRE DEL CASO

LEVE = 1 ALTA MEDICA = 1 AÑO MES DIA

TEMPORAL = 2 INVALIDEZ = 2

INVALIDEZ PARCIAL = 3 ABANDONO DE TRATAMIENTO = 3

INVALIDEZ TOTAL = 4 TRATAMIENTO = 3

GRAN INVALIDEZ = 5 MUERTE = 4

MUERTE = 6

FIRMA DEL ESTADISTICO _____





INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL FORMULARIO 0374-3

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR N° _____

Se llevará una numeración correlativa anual del Establecimiento. De igual forma lo hará el Servicio de Salud, Servicio Delegado, Caja de Previsión o Mutual desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de cada año.

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

- Anotar el nombre del Establecimiento Educacional, la ciudad en que está ubicado y la comuna a que pertenece.
- Anotar en el cuadro el número 1 si el Establecimiento es fiscal o municipal, y un 2 si es particular.
- Indicar el curso. Nivel de Enseñanza (Básico, Medio, Universitario) y Horario de clases (Diurno, Vespertino, Nocturno)
- Señalar fecha en que se registraron los datos (Día, Mes, Año)

B. INDIVIDUALIZACION DEL ACCIDENTADO

- Nombre: Indicar Apellido Paterno, Materno y Nombres del Accidentado.
- Sexo: Marque en el cuadro con un 1 si es masculino o un 2 si es femenino.
- Año de Nacimiento: Señale los dos últimos dígitos del año de nacimiento del accidentado.
- Edad: Anote los años cumplidos a la fecha del accidente.
- Residencia Habitual: Indicar el domicilio del accidentado: Calle, Número, Población o Villa, Comuna, Ciudad.

C. INFORME SOBRE EL ACCIDENTE

- Señale la Hora y Minutos. Año, Mes y Día en que se produjo el Accidente, en los recuadros correspondientes.
- Día accidente: Anotar en el recuadro el número que corresponda al día de la semana en que se produjo el accidente.
- Accidente: Anotar en el recuadro un 1 si el accidente fue trayecto o 2 si fue en la Escuela.
- En caso de ser accidente de trayecto, señale a dos testigos (a, b) con sus respectivos números de Cédula de Identidad.
- Circunstancias del Accidente: Precise el sitio y anote si se debió a golpe con o por; golpe contra, caída a diferentes niveles, contactos con, atrapamientos, debido a exposición, sobreesfuerzo, u otros.
- Firma y timbre del rector o representante del establecimiento educacional, EVITANDO TAPAR CASILLEROS DE CODIFICACION O DATOS CONSIGNADOS

Para ser llenado por Establecimiento Asistencial.

D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

- Establecimiento Asistencial: Indica el Nombre del Establecimiento
- Código del Servicio: Anotar el número del Servicio de Salud al que pertenece, y el código del Establecimiento. (Ejemplo: Hospital Curicó se codifica 16-100)
- Diagnóstico Médico: Anote todos los diagnósticos consignados por el Médico tratante que tenga relación con la Actividad del Accidentado.
- Codificación: CODIFICAR EL DIAGNÓSTICO
- Parte del cuerpo afectada: De responsabilidad del Médico tratante, anotar parte del cuerpo afectado
- Hospitalización: Anotar en el cuadro un 1 si se hospitalizó el accidentado o un 2 si No se hospitaliza
- Total días Hosp.: Si hospitalización fue = 1 anotar en recuadros el número de días de hospitalización. Para calcular TOTAL DIAS HOSP., se debe sacar la diferencia entre fecha de Egreso y fecha de Ingreso al hospital
- Incapacidad: Anotar en el recuadro 1 si estuvo Incapacitado el accidente o un 2 en caso contrario
- Total Días Incapacidad: Si Incapacidad fue = 1 anotar en el recuadro el número de días de incapacidad otorgados por el médico
- Tipo de Incapacidad: En el recuadro coloque el número que corresponda al tipo de Incapacidad
- Causa de Cierre del Caso: En el recuadro coloque el número que corresponda a la causa de cierre del Caso
- Fecha de Cierre del Caso: Coloque en los recuadros correspondientes DIA, MES Y AÑO en que se cerró el Caso
- Firma del estadístico para conformidad de los datos, EVITANDO TAPAR CASILLEROS DE CODIFICACION O DATOS CONSIGNADOS.