

Factores asociados al requerimiento de rehabilitación física en los peatones sobrevivientes de atropello en Perú, 2016 – 2021

Ficha de vigilancia epidemiológica de lesiones por accidentes de tránsito

I. FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

 SOAT

 MTC

 PARTICULAR

II. DATOS RELACIONADOS AL LESIONADO (Buscar en la Historia Clínica)

1. N° de HC emergencia: _____	2. N° HC hospitalización: _____
2.1 Referido de un EESS <input type="checkbox"/>	Nombre del EESS: _____
3. Apellidos y nombres: _____	
4. DNI: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	5. Edad: _____
6. Sexo: 6.1 <input type="checkbox"/> Masculino 6.2 <input type="checkbox"/> Femenino	
7. Dirección 7.1 Jr/Av/Calle/localidad _____	
7.2 Distrito: _____ 7.3 Provincia: _____ 7.4 Departamento: _____	
8. Fecha de Ingreso al Establecimiento: ____/____/____	9. Hora: ____:____ horas/min
10. Diagnóstico Médico: Dx 1: _____	CIE 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dx 2: _____	
Dx 3: _____	
11. Fecha de Egreso del Establecimiento: ____/____/____	
12. Condición de Egreso: 12.1 Alta <input type="checkbox"/> 12.2 Fallecido <input type="checkbox"/> 12.3 <input type="checkbox"/> Referido a donde?: _____	
12.4 Requiere rehabilitación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

III. DATOS RELACIONADOS AL ACCIDENTE (Buscar en la Denuncia Policial)

13. Fecha del Accidente: ____/____/____	14. Hora: ____:____ horas/min
15. Lugar del accidente:	
15.1 Jr/Av/Calle/localidad _____	
15.2 Departamento: _____ 15.3 Provincia: _____ 15.4 Distrito: _____	
16. Vía donde ocurrió el accidente	17. Tipo de accidente
16.1 <input type="checkbox"/> Calles/Jirones	17.1 <input type="checkbox"/> Atropellado
16.2 <input type="checkbox"/> Avenidas	17.2 <input type="checkbox"/> Choque
16.3 <input type="checkbox"/> Carreteras	17.3 <input type="checkbox"/> Volcadura
16.4 <input type="checkbox"/> Autopistas/ Vía expresa	17.4 <input type="checkbox"/> Caída de ocupante
16.5 <input type="checkbox"/> Fluvial	17.5 <input type="checkbox"/> Otro _____
16.6 <input type="checkbox"/> Aéreo	_____
16.7 <input type="checkbox"/> Marítimo	

A. REFERENTE AL LESIONADO

18. El lesionado se encontraba en:	
18.1 <input type="checkbox"/> Motocicleta	18.8 <input type="checkbox"/> Bicicleta
18.2 <input type="checkbox"/> Motocar	18.9 <input type="checkbox"/> Carreta
18.3 <input type="checkbox"/> Automóvil	18.10 <input type="checkbox"/> Avión
18.4 <input type="checkbox"/> Microbús	18.11 <input type="checkbox"/> Avioneta/helicóptero
18.5 <input type="checkbox"/> Ómnibus	18.12 <input type="checkbox"/> Embarcación c/motor
18.6 <input type="checkbox"/> Camión/trailer	18.13 <input type="checkbox"/> Embarcación s/motor
18.7 <input type="checkbox"/> Tren	
19. Ubicación del lesionado	19.1 <input type="checkbox"/> Pasajero
	19.2 <input type="checkbox"/> Conductor
	19.3 <input type="checkbox"/> Peatón
20. Traslado de lesionado por:	
20.1 <input type="checkbox"/> Ocasionante	20.5 <input type="checkbox"/> Persona particular
20.2 <input type="checkbox"/> Familiar	20.6 <input type="checkbox"/> Policía
20.3 <input type="checkbox"/> Propios medios	20.7 <input type="checkbox"/> Bombero
20.4 <input type="checkbox"/> Serenazgo	20.8 <input type="checkbox"/> Ambulancia servicio salud

B. REFERENTE AL OCASIONANTE DEL ACCIDENTE

21. Tipo de Vehículo del ocasionante	
21.1 <input type="checkbox"/> Motocicleta	21.8 <input type="checkbox"/> Bicicleta
21.2 <input type="checkbox"/> Motocar	21.9 <input type="checkbox"/> Carreta
21.3 <input type="checkbox"/> Automóvil	21.10 <input type="checkbox"/> Avión
21.4 <input type="checkbox"/> Microbús	21.11 <input type="checkbox"/> Avioneta/helicóptero
21.5 <input type="checkbox"/> Ómnibus	21.12 <input type="checkbox"/> Embarcación c/motor
21.6 <input type="checkbox"/> Camión/Trailer	21.13 <input type="checkbox"/> Embarcación s/motor
21.7 <input type="checkbox"/> Tren	
22. Condición Vehículo ocasionante del accidente	
22.1 <input type="checkbox"/> Particular	
22.2 <input type="checkbox"/> Público	
22.3 <input type="checkbox"/> Estatal	
22.4 <input type="checkbox"/> Privado	

IV. DATOS RELACIONADOS AL CONDUCTOR (Buscar en Póliza y denuncia Policial)

23. Apellidos y nombre: _____		
	Apellidos	Nombres
24. Edad: _____	25. Sexo: 25.1 <input type="checkbox"/> Masculino	25.2 <input type="checkbox"/> Femenino
26. N° Licencia de Conducir: 26.1 <input type="checkbox"/> Si N° _____	26.2 <input type="checkbox"/> No	26.3 <input type="checkbox"/> No se sabe
27. Comisaría donde se registra denuncia Policial: _____		
		Nombre de la Comisaría
27.1 Departamento: _____	27.2: Provincia: _____	27.3 Distrito: _____

V. DATOS RELACIONADOS DEL VEHÍCULO (Buscar en carta de garantía y póliza)

28. N° Póliza SOAT: _____	29. N° Placa de vehículo: _____			
30. Nombre dueño póliza SOAT: _____				
31. Aseguradora:	31.1 <input type="checkbox"/> Rimac	1.2 <input type="checkbox"/> Pacífico Seguros	31.3 <input type="checkbox"/> La Positiva	31.4 <input type="checkbox"/> Generali Perú
	31.4 <input type="checkbox"/> Mapfre Perú	31.5 <input type="checkbox"/> Latino Seguros	31.7 <input type="checkbox"/> Otro: _____	



Para la Oficina Seguros/SOAT