


www.larioja.org  Gobierno de La Rioja	PLAN DE PREVENCIÓN DEL GOBIERNO DE LA RIOJA	P-05
		REVISION: 1
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES	FECHA: 26/04/2012
		Página 1 de 21

PROCEDIMIENTO NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES

Revisión	Modificaciones realizadas
0	Revisión inicial (28/11/2011)
1	Revisión documental (26/04/2012)

Elaborado por: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad Autónoma de La Rioja Fecha: 26/04/2012	Revisado y Aprobado: En el Comité de Seguridad y Salud Fecha: 26/04/2012
---	--

ÍNDICE

- 1.- OBJETO
- 2.- AMBITO DE APLICACIÓN
- 3.- NORMATIVA
- 4.- DEFINICIONES
- 5.- DESARROLLO
- 6.- REGISTRO Y ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN
- 7.- ANEXOS

1.- OBJETO

Con el presente documento se pretende establecer la sistemática que se debe seguir para la notificación de todos aquellos incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales sufridos por los trabajadores de la Administración General del Gobierno de La Rioja, en cualquiera de sus centros de trabajo.

Los objetivos que se pretenden conseguir con la aplicación de este procedimiento son:


- Asegurar que se preste atención médica adecuada a los trabajadores siempre que sea necesaria.
- Establecer las bases para su notificación registro e investigación por parte del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
- Realizar un análisis de las causas que los han originado y proponer aquellas medidas preventivas tendentes a que los mismos no vuelvan a repetirse.

2.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este procedimiento será de aplicación a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales sufridos por los empleados de la Administración General del Gobierno de La Rioja, producidos a los trabajadores que pertenecen al Régimen General de la Seguridad Social, a los trabajadores pertenecientes Mutualismo Administrativo MUFACE y a los pertenecientes al Mutualismo General Judicial MUGEJU, así como los incidentes que hayan producido pérdidas materiales no despreciables o hubieran podido producir daño grave a las personas o sean repetitivos.

3.- NORMATIVA

- Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre, por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de los accidentes de trabajo y se posibilita su transmisión por procedimiento electrónico.
- Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales.
- Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.
- Orden APU/3554/2005, de 7 de noviembre, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de los derechos derivados de la enfermedad profesional y del accidente en acto de servicio en el ámbito de del mutualismo administrativo gestionado por MUFACE.

 <p>www.larioja.org</p> <p>Gobierno de La Rioja</p>	PLAN DE PREVENCIÓN DEL GOBIERNO DE LA RIOJA	P-05
		REVISION: 1
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES	FECHA: 26/04/2012
		Página 3 de 21

4.- DEFINICIONES

QUE ENTENDEMOS POR ACCIDENTE DE TRABAJO, ENFERMEDAD PROFESIONAL E INCIDENTE

Accidente de Trabajo: La Ley General de la Seguridad Social (LGSS) en su artículo 115 determina que: es toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.

Por lo tanto, para que un accidente tenga esta consideración es necesario que:

1. Que el trabajador/a sufra una lesión corporal. Entendiendo por lesión todo daño o detrimento corporal causado por una herida, golpe o enfermedad. Se asimilan a la lesión corporal las secuelas o enfermedades psíquicas o psicológicas.
2. Que ejecute una labor por cuenta ajena (los autónomos, empleadas de hogar, no están incluidos).
3. Que el accidente sea con ocasión o por consecuencia del trabajo, es decir, que exista una relación de causalidad directa entre trabajo y lesión.

La lesión no constituye, por sí sola, accidente de trabajo.

Tendrán consideración de accidentes de trabajo:

- Los que sufra el trabajador al ir o volver del trabajo (accidente in itinere). Hay 3 elementos que se requieren en un accidente in itinere:
 1. Que ocurra en el camino de ida o vuelta.
 2. Que no se produzcan interrupciones entre el trabajo y el accidente.
 3. Que se emplee el itinerario habitual.
- Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.
- Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que aun siendo distintas de las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las ordenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.
- Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.
- Las enfermedades, no incluidas en la definición de enfermedad profesional, que contraiga un trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.
- Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.
- Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.

Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo.

No obstante lo establecido en los apartados anteriores, **no tendrán la consideración de accidente de trabajo:**

- Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente.
- En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza.
- Los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

No impedirán la calificación de un accidente como de trabajo:

- La imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira.
- La concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

La **Enfermedad Profesional** viene definida en el Art. 116 de la Ley General de Seguridad Social como, *"la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el **cuadro** que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esta proceda por la acción de elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional"*.

De esta definición se deduce que para que una enfermedad sea considerada como *profesional* deben darse los siguientes elementos:

1. Que el trabajo se haga "**por cuenta ajena**". Excluye por tanto a los trabajadores/as autónomos. En cambio, se incluye a los trabajadores/as agrarios por cuenta propia.
2. Que sea a consecuencia de las **actividades** que se especifiquen en el cuadro de enfermedades profesionales. Es un cuadro limitado, con un listado cerrado de enfermedades profesionales. No obstante, las enfermedades profesionales que no se encuentren reflejadas en el mismo, pueden quedar incluidas en el concepto de **accidente laboral**, según establece el artículo 84.2, apartado E, de la L.G.S.S., pero no tendrán la consideración de enfermedad profesional.
3. Que proceda de la acción de **sustancias** o **elementos** que en el cuadro de enfermedades profesionales se indiquen para cada enfermedad.

Cuando se puede establecer una relación causal entre la exposición laboral y una enfermedad que no esté recogida en el cuadro de enfermedades profesionales, dicha enfermedad puede ser legalmente reconocida como **accidente de trabajo** (art. 115, punto 2, letra "e" de la LGSS).

Entendemos por **incidentes** cualquier suceso anormal no querido ni deseado, que se presentan de forma brusca, inesperada e imprevista y que interrumpen o dificultan el desarrollo normal del trabajo, es aquel hecho que es similar a un accidente pero no causa lesiones ó daños a bienes o procesos. Tiene potencial de originar lesiones pero por cualquier circunstancia no llegaron a manifestarse, pero hay que tener en cuenta que a mayor número de incidentes se incrementa la posibilidad de aumentar el número de accidentes.


5.- DESARROLLO

5.1 ¿QUE HACER CUANDO SE PRODUCE UN ACCIDENTE?

Cuando en algún centro de trabajo del Gobierno de La Rioja se produzcan incidentes, accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, se deberán iniciar una serie actuaciones tendentes a evitar el agravamiento de los daños producidos o de los que potencialmente se podrían haber originado.

En el momento en que se produzcan incidentes accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, hay que tener en cuenta que en ellos intervienen de una u otra forma las siguientes partes:

- En primer lugar el o los trabajadores afectados.
- Las Secretarías Generales Técnicas.

 <p>www.larioja.org</p> <p>Gobierno de La Rioja</p>	PLAN DE PREVENCIÓN DEL GOBIERNO DE LA RIOJA	P-05
		REVISION: 1
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES	FECHA: 26/04/2012
		Página 5 de 21

- Los Servicios de Coordinación Administrativa de las Consejerías, el Servicio de Recursos Humanos de la Consejería de Educación Cultura y Turismo y la Dirección General de Justicia de la Consejería de Presidencia y Justicia.
- El responsable del Centro de trabajo y/o el superior jerárquico de los afectados.
- El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
- Delegados de Prevención.
- Comité de Seguridad y Salud.
- La Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales con que el Gobierno de La Rioja tenga contratada la contingencia de accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, cuando se trate de trabajadores pertenecientes al Régimen General de la Seguridad Social o de Mupal.
- El Servicio Provincial de MUFACE si se trata de trabajadores pertenecientes al Mutualismo Administrativo.
- El Servicio Provincial de MUGEJU si se trata de trabajadores pertenecientes al Mutualismo General Judicial.

Cada uno de estos intervinientes tiene un papel que desempeñar en este procedimiento de declaración de accidentes.

Los partes médicos de baja o no baja y alta, según proceda, serán emitidos única y exclusivamente a través del personal facultativo de los servicios asistenciales de la Mutua, que los emitirán tras la recepción del correspondiente Volante de Solicitud de Asistencia Sanitaria y serán entregados al paciente, quien llevará la copia correspondiente a su responsable, en la mayor brevedad posible.

Conviene indicar que de todos los accidentes producidos, tanto con baja como sin baja, deberán tener constancia el Servicio de Coordinación Administrativa en el caso de los trabajadores que pertenecen al Régimen General de la Seguridad Social, o el Servicio de Recursos Humanos en el caso de los trabajadores que pertenecen Mutualismo Administrativo MUFACE de la Consejería respectiva, y la Dirección General de Justicia e Interior en el caso de los trabajadores al Servicio de la Administración de Justicia que pertenecen al Mutualismo General Judicial MUGEJU, los cuales deberán dar traslado a la autoridad competente en cada caso y al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

5.2- ASISTENCIA DEL TRABAJADOR AFECTADO.

En cualquier accidente de trabajo, tanto si requiere o no asistencia sanitaria, el accidentado, o en su caso, algún compañero, deberá comunicar de forma inmediata dichas circunstancias a su superior jerárquico para proporcionarle la asistencia médica que le permitan los medios a su alcance.

5.2.1. Si el trabajador pertenece al Régimen General de la Seguridad Social o MUNPAL:

5.2.1.1.- Si se considera que el accidente es de carácter LEVE.

- Deberá ser trasladado a cualquiera de los centros de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, con el **Volante de Prestación de Asistencia Sanitaria (ANEXO1)**.
- Si por cualquier circunstancia, no fuera posible presentar este documento en el momento de la atención en los diferentes centros de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, deberá ir provisto del DNI, de la Tarjeta de la Seguridad Social, o cualquier otro documento acreditativo de su identidad.
- Si el accidente se hubiera producido fuera de los horarios de atención de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, y se requiera asistencia sanitaria de urgencia o bien se precisara asistencia durante esta franja horaria, podrán acudir a los centros del Sistema Público de Salud más próximo.
En todo caso el trabajador deberá informar a su superior jerárquico, de los hechos que han concurrido en el desarrollo del accidente, así como de la asistencia sanitaria recibida y

acudirá posteriormente, al centro asistencial de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales más próximo. Las personas en quien hayan delegado las Secretarías Generales Técnicas la responsabilidad de aportar la documentación relativa a los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, deberán cumplimentar con posterioridad el Volante de Prestación de Asistencia Sanitaria, el cual será remitido a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

5.2.1.2.- Si se considera que el accidente es de carácter GRAVE.

- Si el accidente fuera de carácter grave o existieran dudas sobre su gravedad, se dará aviso al servicio 112 para el traslado del paciente al centro de referencia de Urgencias del Sistema Público de Salud, y simultáneamente se dará comunicación a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales del accidente de posible carácter grave.
- Posteriormente, las personas en quien hayan delegado las Secretarías Generales Técnicas la responsabilidad de aportar la documentación relativa a los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, deberán informar a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, de dichas circunstancias, **remitiendo igualmente el Volante de Prestación de Asistencia Sanitaria.**

5.2.1.3.- Información de asistencia sanitaria por accidente de trabajo fuera de La Rioja

Actualmente se deberá poner en contacto con la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales a través de.

Línea Universal es un servicio telefónico gratuito de asistencia y consulta médica las 24 horas que ofrece respuesta inmediata en caso de accidente

En España: 900 203 203

En el extranjero: 34 934 12 33 67


En ellas se podrá:

- Informar sobre los centros de atención sanitaria donde acudir, en función de la proximidad y de la gravedad del accidente.
- Asesorar médicamente sobre qué hacer en caso de accidente.
- Garantizar el mejor asesoramiento para que la atención médica sea eficaz.
- Organizar los medios asistenciales idóneos y el traslado al centro más adecuado, para que el paciente reciba una respuesta rápida y ágil.

Relación de Centros Asistenciales de Mutua Universal de La Rioja:

Tipo/Nombre	Dirección	Localidad	Teléfono
Centro Asistencial Mutua Universal	C/ San Fernando, 135, Bajos	Nájera	941363668
Centro Asistencial Mutua Universal	C/ Barrera, 20	Logroño	941209300
Centro Asistencial Mutua Universal	C/ Bebricio, 61, Bajos	Calahorra	941134897
Centro Asistencial Mutua Universal	C/ Tambarría, 4 Bajos	Alfaro	941181522

5.2.2.- Si el trabajador accidentado pertenece al Mutualismo Administrativo MUFACE, deberá acudir a cualquier Centro Asistencial o profesional de su cuadro médico.

www.larioja.org  Gobierno de La Rioja	PLAN DE PREVENCIÓN DEL GOBIERNO DE LA RIOJA	P-05
		REVISION: 1
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES	FECHA: 26/04/2012
		Página 7 de 21

5.2.3.- Si el trabajador accidentado pertenece al Mutualismo General Judicial MUGEJU, deberá acudir a cualquier Centro Asistencial o profesional de su cuadro médico.

5.3.- COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE AL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.

5.3.1.- ¿Que se debe comunicar?

- En primer lugar se deberán comunicar **todos los accidentes**, tanto los accidentes con baja como los de sin baja.
- En segundo lugar aquellos **incidentes** que aun no habiendo causado daños a los trabajadores, sean en las circunstancias en las que se produjeron, una potencial fuente de riesgos.
- Por último todas aquellas **situaciones de trabajo** que pudieran ser consideradas como sospechosas de generar riesgos para la salud de los trabajadores.

5.3.2.- Que departamentos son los encargados de realizar dicha comunicación.

Dentro de las diferentes Consejerías, **a excepción de la Consejería de Educación Cultura y Turismo y la Consejería de Presidencia y Justicia**, el Servicio de Coordinación Administrativa será el encargado de comunicar al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de los diferentes accidentes que se produzcan en su Consejería, tanto si pertenecen al Régimen General de la Seguridad Social, a Munpal o MUFACE.

En el caso de la Consejería de Presidencia y Justicia, para la comunicación de los diferentes accidentes que se produzcan, hay dos casos diferentes:

- Los accidentes que afecten al **personal al Servicio de la Administración de Justicia**, tanto si pertenecen al Régimen General de la Seguridad Social, como al Mutualismo General Judicial (MUGEJU), será la **Dirección General de Justicia e Interior** la encargada de realizar la comunicación.
- Los accidentes que afecten al **resto del personal de la Consejería**, que pertenecen al Régimen General de la Seguridad Social, será el **Servicio de Coordinación Administrativa** el encargado de realizar la comunicación.

En el caso de la Consejería de Educación Cultura y Turismo, para la comunicación de los diferentes accidentes que se produzcan, conviene diferenciar dos casos:

- Los accidentes que afecten al **Personal Docente**, tanto si pertenecen al Régimen General de la Seguridad Social como a MUFACE, será el **Servicio de Recursos Humanos** el encargado de realizar la comunicación.
- Los accidentes que afecten al **Resto de Personal de la Consejería**, tanto si pertenecen al Régimen General de la Seguridad Social, a Munpal o MUFACE, será el **Servicio de Coordinación Administrativa** el encargado de realizar dicha comunicación.

5.3.3.- ¿Como se han de comunicar?

En todos los casos estas comunicaciones deberán realizarse a la mayor brevedad posible, especialmente en el caso de accidente Grave o Mortal, remitiendo, bien una copia de notificación oficial (copia obtenida del sistema delt@) de los diferentes accidentes de trabajo que se hayan producido o bien utilizando el modelo contenido en este procedimiento, **Parte Interno de Comunicación de Accidentes** (ANEXO 2).

En los caso del personal del Mutualismo General Judicial (MUGEJU) deben usar el modelo de Comunicación de Accidente de Trabajo del personal de MUGEJU al Servicio de Prevención del Gobierno de La Rioja (ANEXO 7)

Se podrá optar para realizar las comunicaciones entre el correo ordinario, fax o por correo electrónico.

5.4. TRAMITACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO.

5.4.1.- TRABAJADORES ACOGIDOS AL RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y MUNPAL.

La Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre establece los modelos para la notificación de los accidentes de trabajo y se posibilita su transmisión por procedimiento electrónico.

5.4.1.1.- Accidente sin baja.

Si el trabajador como consecuencia del accidente sufrido no causara baja, el centro asistencial de la Mutua le hará entrega de dos copias del parte sin baja, uno para el interesado y otro para la empresa, el cual hará llegar al Servicio de Coordinación Administrativa de su Consejería, en la mayor brevedad posible.

Los Servicios de Coordinación Administrativa de cada Consejería, el Servicio de Recursos Humanos de la Consejería de Educación Cultura y Turismo y la Dirección General de Justicia e Interior de la Consejería de Presidencia y Justicia, serán los encargados de cumplimentar y tramitar mensualmente la "Relación de Partes de Accidentes de Trabajo ocurridos sin Baja Médica" (Anexo nº 3) de acuerdo a lo especificado en la Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre, por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de los accidentes de trabajo y se posibilita su transmisión por procedimiento electrónico (Sistema Delt@) en los cinco primeros días hábiles del mes siguiente al que se refieren los datos.

Una copia de este documento se remitirá al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales para su conocimiento y efectos estadísticos.

5.4.1.2.- Accidentes con baja.


En este caso el servicio médico de la Mutua le hará entrega al trabajador de las dos copias del parte de baja, una copia para el interesado y otro para la empresa, el cual hará llegar (lo antes posible) al Servicio de Coordinación Administrativa de su Consejería, al Servicio de Recursos Humanos de la Consejería de Educación Cultura y Turismo y la Dirección General de Justicia e Interior de la Consejería de Presidencia y Justicia, los cuales serán los encargados de cumplimentar y tramitar, en el plazo máximo de cinco días hábiles contados desde la fecha en que se produjo el accidente o desde la fecha de la baja médica mediante el del "Parte de Accidente de Trabajo" (Anexo nº 4), de acuerdo a lo especificado en la Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre, por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de los accidentes de trabajo y se posibilita su transmisión por procedimiento electrónico (Sistema Delt@).

Este sistema de notificación se seguirá igualmente en el caso de recaídas.

Una copia del "Parte de Accidente de Trabajo" (Anexo nº 4) se remitirá al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

5.4.1.3.- Accidentes graves muy graves o mortales o cuando el accidente afecte a más de cuatro trabajadores.

En el caso de que ocurran este tipo de accidentes, incluidos los "in itinere", además de cumplimentar el correspondiente "Parte de Accidente de Trabajo" (Anexo nº 4), el Servicio de Coordinación Administrativa, el Servicio de Recursos Humanos de la Consejería de Educación Cultura y Turismo y la Dirección General de Justicia e Interior de la Consejería de Presidencia y Justicia, serán los encargados de comunicar, en el

<p>www.larioja.org</p>  <p>Gobierno de La Rioja</p>	<p>PLAN DE PREVENCIÓN DEL GOBIERNO DE LA RIOJA</p>	<p>P-05</p>
		<p>REVISION: 1</p>
	<p>PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES</p>	<p>FECHA: 26/04/2012</p>
		<p>Página 9 de 21</p>

plazo máximo de veinticuatro horas, este hecho por telegrama u otro medio de comunicación análogo a la autoridad laboral (Servicio de Relaciones Laborales y Economía Social).

En dicha comunicación deberán constar los datos relativos a, razón social, domicilio y teléfono de la empresa, nombre del o de los accidentados, La descripción del accidente y el lugar en que ocurrió el mismo.

De esta información se realizará una copia para el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

5.4.1.4.-.Que hacer con la documentación relativa a los accidentes de trabajo.

Una copia del accidente de trabajo debe ser conservada por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Por otra parte, el Servicio de Coordinación Administrativa de cada Consejería, el Servicio de Recursos Humanos de la Consejería de Educación Cultura y Turismo y la Dirección General de Justicia e Interior de la Consejería de Presidencia y Justicia, deberán entregar una copia al accidentado o a representante que lo solicite, guardando un documento de haber realizado dicha entrega.

5.4.2.- TRABAJADORES ACOGIDOS AL MUTUALISMO ADMINISTRATIVO (MUFACE).

Cuando un trabajador acogido a este régimen, y durante el desarrollo de su trabajo haya sufrido daños para su salud, posible enfermedad profesional o de accidente en acto de servicio o como consecuencia de él, deberá acudir al Centro Asistencial o profesional de su cuadro médico al objeto de recibir la asistencia médica pertinente.

De esa actuación recibirá el correspondiente Parte de Asistencia del cual dará traslado, bien al responsable del Centro Directivo o directamente al Servicio de Recursos Humanos de su Consejería junto con escrito motivado de **solicitud de inicio de expediente de averiguación de causas Anexo 5** que conllevará el reconocimiento de los derechos derivados de esta contingencia como accidente en acto de servicio.

Este expediente, que puede iniciarse de oficio o bien a solicitud del mutualista afectado, constituye antecedente necesario para la tramitación del procedimiento de reconocimiento de los derechos derivados de enfermedad profesional o de accidente en acto de servicio.

Si el expediente se inicia a solicitud del mutualista afectado, éste dirigirá escrito al Servicio de Recursos Humanos de su Consejería, dando cuenta de simultáneamente a la unidad donde esté destinado, al cual podrá acompañar los documentos y demás elementos de prueba que considere pertinentes.

Cuando se trate de determinar la existencia de posible enfermedad profesional o de accidente en acto de servicio y para documentar su notificación, el Servicio de Recursos Humanos cumplimentará por duplicado el **“Parte de accidente en acto de servicio”**, dirigiendo una copia al Servicio Provincial de MUFACE y la otra al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

Siguiendo con el procedimiento para determinar la existencia de accidente en acto de servicio y para documentar la notificación del accidente ocurrido al mutualista, el Servicio de Recursos Humanos cumplimentará por duplicado el **“Parte de Accidente en Acto de Servicio”**, del cual remitirá una copia al Servicio Provincial de MUFACE y otra al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales al objeto de realizar la correspondiente investigación y averiguación de las causas del mismo y proposición de las medidas correctoras pertinentes.

En el CAPÍTULO II de la ORDEN APU/3554/2005, de 7 de noviembre por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de los derechos derivados de enfermedad profesional y de accidente en acto de servicio en el ámbito del mutualismo administrativo gestionado por MUFACE, el Servicio de Recursos Humanos dictará la resolución que determine la calificación del accidente como “accidente en acto de servicio” notificándolo al mutualista afectado, al Servicio Provincial de MUFACE y otra al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales a efectos estadísticos.

Cuando un trabajador sufra un accidente, se iniciará el **expediente de averiguación de causas**, el cual tiene por objeto determinar, con las necesarias garantías las causas que han concurrido en las lesiones y limitaciones producidas o las circunstancias en que se inicio la patología, así como establecer la relación de causalidad entre ellas y el servicio o tarea desempeñados por el mutualista.

5.4.3.- TRABAJADORES ACOGIDOS AL MUTUALISMO GENERAL JUDICIAL (MUGEJU). (Provisionalmente hasta la publicación de la correspondiente orden APU)

Cuando un trabajador acogido a este régimen, y durante el desarrollo de su trabajo haya sufrido daños para su salud, deberá acudir al Centro Asistencial de su cuadro médico al objeto de recibir la asistencia médica pertinente. El trabajador presentará su parte médico de incapacidad temporal (Anexo 6) a la Dirección General de Justicia e Interior que realice la tramitación de Licencia por Enfermedad. Por otro lado la Dirección General de Justicia e Interior cumplimentará el Anexo 7 “Comunicación de Accidente de Trabajo del Personal de MUGEJU al Servicio de Prevención del Gobierno de La Rioja” remitiéndolo a dicho Servicio para tener constancia del mismo y poder realizar la investigación de dicho accidente.

6.- REGISTRO Y ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN.

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales recogerá los accidentes notificados, confeccionándose un listado por orden cronológico, e inmediatamente se hará una valoración previa de la necesidad de investigación, para lo cual se aplicará el correspondiente procedimiento específico de “Investigación de Accidente de Trabajo, Incidente, o Enfermedad Profesional”.

7.- ANEXOS

Anexo 1 – Volante de Prestación de Asistencia Sanitaria

Anexo 2 – Parte Interno de Comunicación de Accidente


Anexo 3 – Relación de Accidentes de Trabajo Ocurridos Sin Baja Médica

Anexo 4 – Parte de Accidente de Trabajo

Anexo 5 – Solicitud de Iniciación de Expediente de Averiguación de Causas

Anexo 6 – Parte Médico de Incapacidad Temporal del Mutualismo General Judicial (MUGEJU)

Anexo 7 – Comunicación de Accidente de Trabajo del Personal de MUGEJU al Servicio de Prevención del Gobierno de La Rioja

www.larioja.org  Gobierno de La Rioja	PLAN DE PREVENCIÓN DEL GOBIERNO DE LA RIOJA	P-05
	PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES	REVISION: 1 FECHA: 26/04/2012 Página 11 de 21

ANEXO Nº 1 – VOLANTE DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA



VOLANTE DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

Rogamos presten asistencia sanitaria al trabajador de esta Empresa cuyos datos se indican:

Empresa:
Centro de Trabajo:
Teléfono: *e-mail:*
Trabajador:
Fecha del Suceso: *Hora:*

Descripción de los hechos ocurridos que motivaron la asistencia y fecha en que sucedieron:

En de de de

(Firma y sello de la empresa)

La emisión de esta solicitud de asistencia sanitaria no supone reconocimiento de accidente de trabajo. En el caso de emitirse baja médica por accidente de trabajo, la empresa deberá tramitar el parte de accidente dentro de los 5 días siguientes a la fecha de baja.

Advertencia : A los efectos del derecho a la prestación de asistencia sanitaria, el accidentado está obligado a observar las prescripciones de los facultativos, debiendo presentarse a curación el día y hora que se le señala.

ANEXO Nº 2 – PARTE INTERNO DE COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE

www.larioja.org



**Gobierno
de
La Rioja**

Administración Pública y
Hacienda

Función Pública

C/General Sanjurjo, 2
26071 – Logroño. La Rioja
Teléfono: 941 29 12 95
Fax: 941 291183

Prevención de Riesgos
Laborales

DATOS DEL ACCIDENTE

Nombre y apellidos del
trabajador: _____

DNI: _____

Teléfonos: _____

Fecha del accidente: ___/___/___ Hora del accidente: _____ Ha causado Baja: SI NO

Lesiones sufridas: _____

El accidente se ha producido en el centro de trabajo

El accidente ha sido in itinere

Testigos presenciales: D./Dña. _____

Consejería a la que pertenece: _____

Centro de trabajo: _____

Localidad: _____

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE (a cumplimentar por el responsable)

CAUSAS POSIBLES DEL ACCIDENTE (a cumplimentar por el responsable)

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a cumplimentar por el responsable)

Precisaba protección personal: SI NO

¿se han producido daños materiales: SI NO



ANEXO Nº 3.- RELACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO OCURRIDOS SIN BAJA MÉDICA

RELACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO OCURRIDOS SIN BAJA MÉDICA

ENTIDAD NOMBRE: _____
ENTIDAD NÚMERO: _____

MES: _____
AÑO: _____

DATOS DE LA EMPRESA
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____
C.I.F. O D.N.I: _____
PLANTILLA: _____

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO
C.C.C./NAF: _____
PROVINCIA: _____
MUNICIPIO: _____
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: _____

Nº	APELLIDOS Y NOMBRE DEL TRABAJADOR	SEXO		Nº AFINILIAÇÃO A LA SEGURIDAD SOCIAL (1)	IPF (2)	TIPO DE CONTRATO (3)	FECHA ACCIDENTE			FORMA CONTACTO (4)	PARTE DEL CUERPO LESIONADA (5)	DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (6)
		VARÓN	MUJER				CÓDIGO	Nº. DOCUMENTO	TEMPORAL			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

(3) En el caso de trabajadores autónomos cumplimentar como Indefinido

D. _____ en calidad de _____
de la Empresa, expide la presente
Relación en: _____ a _____ de 200__

AUTORIDAD LABORAL

ANEXO Nº - 4 "PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO"

PARTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

(Por favor, antes de cumplimentar, lea las instrucciones y no escriba en los espacios sombreados)

Accidente Recaida

PAT

1.- DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido 1º : Apellido 2º : Nombre : Sexo: Varón Mujer

Nº Afiliación Seguridad Social (NAF) (1) Fecha ingreso en la empresa (día/mes/año) Fecha nacimiento Nacionalidad (2) Española Otra

Identificador Persona Física (IPF) (3) Ocupación del trabajador: (4) CNO-94 Antigüedad puesto trabajo (5) meses días Tipo contrato (6)

Situación profesional (marque con una X la que corresponda):
 Asafariado sector privado Autónomo sin asalariados
 Asalariado sector público Autónomo con asalariados

Régimen Seguridad Social (7) Convenio aplicable : Epígrafe de AT y EP

Domicilio:..... Teléfono:..... Provincia:..... Municipio:..... Código Postal:.....

2.- EMPRESA EN LA QUE EL TRABAJADOR ESTÁ DADO DE ALTA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Nombre o Razón Social: CIF o NIF (8) Código C. Cotización en la que está el trabajador (9)

Domicilio que corresponde a esa Cuenta de Cotización (C.C.):..... Provincia:.....
Municipio:..... Código Postal:..... Teléfono:.....

Actividad económica principal correspondiente a esa C.C. (10): CNAE-93 Plantilla correspondiente a esa C.C (11)

Marque si actuaba en el momento del accidente como: Contrata o subcontrata Empresa de Trabajo Temporal

¿Cuál o cuales de las siguientes son las modalidades de organización preventiva adoptadas por la empresa? :

Asunción personal por el empresario de la actividad preventiva de la empresa Servicio de prevención propio Servicio de prevención ajeno
 Trabajador(es) designado(s) Servicio de prevención mancomunado Ninguna

3.- LUGAR Y/O CENTRO DE TRABAJO DONDE HA OCURRIDO EL ACCIDENTE

LUGAR

Lugar del accidente: En el centro o lugar de trabajo habitual En otro centro o lugar de trabajo En desplazamiento en su jornada laboral (*) Al ir o al volver del trabajo, "in itinere" (*)

(*) En estos casos, los datos del centro se cumplimentarán con los correspondientes al centro de trabajo habitual

Además, marque si ha sido accidente de tráfico

Si el accidente se ha producido en un lugar ubicado fuera de un centro de trabajo, indicar su situación exacta (país, provincia, municipio, calle y número, vía pública o punto kilométrico), otro lugar:

País:..... Provincia:..... Municipio:.....
Calle y número:..... Vía pública y punto kilométrico:.....
Otro lugar (especificar) :.....

CENTRO DE TRABAJO

Marque si el centro de trabajo pertenece a la empresa en la que está dado de alta el trabajador (empresa del apartado 2)

Marque si el centro pertenece a otra empresa (en este caso indicar a continuación su relación con la empresa del apartado 2)

Contrata o subcontrata →Cumplimentar CIF o NIF

Usuaría de ETT →Cumplimentar CIF o NIF

Otra →Cumplimentar CIF o NIF



PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES

DATOS DEL CENTRO : (a cumplimentar cuando el accidente se haya producido en un centro o lugar de trabajo distinto al consignado en el apartado 2, o cuando el trabajador estuviese realizando trabajos para una empresa distinta a la consignada en dicho apartado 2)

Nombre o Razón Social: Domicilio: Provincia:
 Municipio: Código Postal: Teléfono:
 Plantilla actual del Centro (12) Código Cuenta Cotización Actividad económica principal del centro (13) : CNAE-93

4.- ACCIDENTE

Fecha del accidente (día/mes/año) Fecha de Baja Médica Día de la semana del accidente Hora del día del accidente Hora de trabajo (14) Era su trabajo habitual
 (1 a 24) (1ª, 2ª, etc.) SI NO

Marque si se ha realizado evaluación de riesgos sobre el puesto de trabajo en el que ha ocurrido el accidente

Descripción del accidente (15) :

¿En qué lugar se encontraba la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Lugar) (16) :

¿En qué proceso de trabajo participaba cuando se produjo el accidente? (Tipo de trabajo) (17) :

¿Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Actividad Fis. específica) (18) :

Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA (19) :

¿Qué hecho anormal que se apartase del proceso habitual de trabajo desencadenó el accidente? (Desviación) (20) :

Agente material asociado a la DESVIACIÓN (21) :

¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada (Forma, Contacto-modalidad de la lesión) (22) :

Aparato o agente material causante de la lesión (23) :

Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador

Marque si hubo testigos. En caso afirmativo indicar nombre/s, domicilio/s y teléfono/s (24) :

5.- ASISTENCIALES

Descripción de la lesión (25) :

Grado de la lesión (26): Leve Grave Muy grave Fallecimiento Parte del cuerpo lesionada (25) :

Médico que efectúa la asistencia inmediata (nombre, domicilio, teléfono) :

Marque el tipo de asistencia sanitaria (27) : Hospitalaria Ambulatoria

Marque si ha sido hospitalizado. En caso afirmativo indicar nombre del establecimiento:

6.- ECONÓMICOS

A) Base de cotización mensual :	B) Base de cotización al año (4) :	C) Subsidio :
-En el mes anterior (1)	B1.- por horas extras	Promedio diario
-Días cotizados (2)	B2.- por otros conceptos	-Base reguladora A
-Base reguladora A (3)	Total B1 + B2	-Base reguladora B
	Promedio diario base B (5)	Total B.R. diaria (6)
		Cuantía del subsidio 75% (7)

Don/Doña:
 en calidad de, de la empresa,
 expide el presente parte en
 a de de 20 ..
 (firma y sello)

ENTIDAD N°
 N° EXPEDIENTE

AUTORIDAD LABORAL
 (Sellado y fechado)

ANEXO 5

SOLICITUD DE INICIACIÓN DE EXPEDIENTE DE AVERIGUACIÓN DE CAUSAS

Orden APU/3554/2005, de 7 de noviembre, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de los derechos derivados de la enfermedad profesional y del accidente en acto de servicio en el ámbito de del mutualismo administrativo gestionado por MUFACE.

DATOS DEL MUTUALISTA AFECTADO

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DNI: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

UNIDAD DONDE EL MUTUALISTA PRESTA SERVICIO: _____

PUESTO DE TRABAJO: _____

DATOS DEL ACCIDENTE. (Breve descripción del trabajo que realizaba)

SOLICITA:

Iniciación del expediente de averiguación de causas del accidente descrito para que se califique como “**accidente en acto de servicio**”

Se adjunta la siguiente documentación.

- PARTE DE ASISTENCIA / INFORME DE URGENCIA del centro asistencial.
- PARTE OFICIAL DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO.
- OTROS (ESPECIFICAR)

En a de de 2.0

DIRIGIDA AL SERVICIO DE RECURSOS HUMANOS


**PROCEDIMIENTO DE
NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES**
PARTE DE ENFERMEDAD, ACCIDENTE O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

 MINISTERIO DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS		Fecha inicio ___/___/___	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/> ALTA - Fecha inicio ___/___/___ <u>Causa</u>
		<input type="checkbox"/> PARTE INICIAL <input type="checkbox"/> Nº PARTE SUCESIVO O DE CONFIRMACIÓN RECAIDA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	<input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Mejoría que permite trabajo habitual <input type="checkbox"/> Propuesta de Incapacidad permanente <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Agotamiento del plazo mínimo

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO		
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y Nombre: Especialidad: Entidad médica: Lugar, fecha y firma:		
	Nombre	Número de afiliación	Nº de colegiado: <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"/> <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"/>		

2	Ver instrucciones en las cubiertas del talonario	Código CIE-9-MC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Duración probable: días <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Descripción del diagnóstico (dolencias y su evolución)		
	DATOS ESPECÍFICOS SEGÚN CONTINGENCIA (ver instrucciones)		

 I
N
F
O
R
M
E

M
E
D
I
C
O



IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
SERVICIO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

PARTE DE ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO

Comunicación inicial
 Modificación de un parte anterior
 Cancelación de un parte anterior
 Referencia

1	ÓRGANO DE PERSONAL QUE LO EMITE	
1.1	ADMINISTRACIÓN PÚBLICA:	
	<input type="checkbox"/> GENERAL DEL ESTADO	
	<input type="checkbox"/> COMUNIDAD AUTÓNOMA DE	
	<input type="checkbox"/> ENTIDAD LOCAL	
	<input type="checkbox"/> OTRA (especificar)	
1.2	MINISTERIO/CONSEJERÍA	
1.3	ORGANISMO PÚBLICO/SOCIEDAD MERCANTIL	
1.4	DELEGACIÓN, SUBDELEGACIÓN DEL GOBIERNO	
1.5	DIRECCIÓN PROVINCIAL O TERRITORIAL	
1.6	OTRA INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA	
1.7	CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO	
1.8	TELÉFONO DE CONTACTO	1.9 FAX DE CONTACTO
1.10	DENOMINACIÓN DEL PUESTO DEL FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EMITE EL PARTE	

DPS-1202 (03/05)


**PROCEDIMIENTO DE
NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES**

2	DATOS DEL MUTUALISTA ACCIDENTADO					
2.1	APELLIDOS					
2.2	NOMBRE				2.3	N.I.F.
2.4	GRUPO DE TITULACIÓN			2.5	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA	
2.6	PUESTO DE TRABAJO :					
2.6.1	DENOMINACIÓN					
2.6.2	NIVEL DE COMPLEMENTO DE DESTINO					
2.6.3	PRINCIPALES TAREAS O FUNCIONES					
2.7	CENTRO O UNIDAD ADMINISTRATIVA DE QUE DEPENDE EL PUESTO					
2.7.1	DENOMINACIÓN					
2.7.2	DIRECCIÓN	C				
	MUNICIPIO				PROVINCIA	
	CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO		FAX	


3	CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE (1/2)		
3.1	LUGAR EN QUE SE PRODUJO:		
	UBICACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO		
	EN UN DESPACHO O LUGAR PRÓXIMO DEL MISMO EDIFICIO ESPECIFICAR DATOS DE UBICACIÓN: PLANTA, N° DE DESPACHO, UNIDAD ORGÁNICA, etc.:		
	EN LOS ACCESOS DEL EDIFICIO (Detallar)		
	DURANTE UN DESPLAZAMIENTO EN COMISIÓN DE SERVICIO (añadir, si procede, fecha de autorización de la orden de viaje)	(Campo no obligatorio de rellenar, aunque se haya marcado este "lugar")	
	EN EL TRAYECTO AL O DESDE EL TRABAJO ESPECIFICAR LOS DATOS DE UBICACIÓN:		
	• CALLE/PLAZA/ N°		
	• CARRETERA/ KM.		
	• MEDIO DE TRANSPORTE		
	VEHÍCULO PARTICULAR (MARCA, MODELO Y MATRÍCULA)		
	AUTOBÚS : LÍNEA		
	METRO : LÍNEA	ESTACIÓN / TRAMO	
	TREN : LÍNEA	ESTACIÓN / TRAMO	
	OTRO/S: (especificar)		



**PROCEDIMIENTO DE
NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES**

3	CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE (2/2)		
3.2	FECHA		3.3 HORA
3.4	ACTIVIDAD QUE ESTABA REALIZANDO EL MUTUALISTA ACCIDENTADO:		
3.5	POSIBLES CAUSAS:		
	A) LUGAR DE TRABAJO		
	B) EQUIPOS TÉCNICOS, MÁQUINAS, MOBILIARIO		
	C) MATERIALES UTILIZADOS		
	D) OTRAS (especificar)		
3.6	LESIONES O CONSECUENCIAS APRECIADAS INICIALMENTE:		
	PARTE DEL CUERPO LESIONADA (Tabla 6 Anexo II Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre)		
3.6.1	Código	Descripción	
	DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (Tabla 7 Anexo II Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre)		
3.6.2	Código	Descripción	
3.7	CAUSÓ BAJA EN EL PUESTO DE TRABAJO:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

ANEXO 6 PARTE MÉDICO DE INCAPACIDAD TEMPORAL DEL MUTUALISMO GENERAL JUDICIAL (MUGEJU)

PARTE MÉDICO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, DE MATERNIDAD O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO						
 MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL (Régimen Especial de Seguridad Social de los funcionarios de la Administración de Justicia)	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> RIESGO DURANTE EL EMBARAZO		INFORME PARA	<input type="checkbox"/> BAJA INICIAL <input type="checkbox"/> CONTINUIDAD		Fecha del accidente o del comienzo de la enfermedad / /
	<input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> MATERNIDAD		FECHA PREVISIBLE DEL PARTO		/ /	
			FECHA DEL PARTO		/ /	
DATOS DEL FUNCIONARIO/A (a cumplimentar por el mutualista previamente a la consulta del Facultativo)	Nombre y apellidos			D.N.I.		
	Destino			N.º de afiliación MUGEJU		
	Domicilio	Localidad	Provincia	C.P.:	Teléfono	
Diagnóstico: Código CIE-9-MC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA		Días <input type="text"/>	Meses <input type="text"/>	
Descripción del diagnóstico (dolencia y su evolución):						
EJEMPLAR PARA EL INTERESADO PARTE DE BAJA	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	PARTE DE ALTA	Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	DATOS DEL FACULTATIVO	Apellidos y Nombre: _____	
	No procede iniciarse la jubilación por inutilidad física <input type="checkbox"/>		Curación <input type="checkbox"/>		Especialidad: _____	
	Obliga al funcionario a ausentarse de su residencia oficial <input type="checkbox"/>		Fallecimiento <input type="checkbox"/>		Entidad: _____	
	Imposibilita al funcionario para el ejercicio de su cargo <input type="checkbox"/>		Inspección médica <input type="checkbox"/>		Firma, fecha y sello _____	
			Propuesta de invalidez <input type="checkbox"/>		N.º colegiado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Agotamiento plazo máximo <input type="checkbox"/>	Mejora que permite realizar trabajo habitual <input type="checkbox"/>	Incompetencia <input type="checkbox"/>			
Datos específicos según contingencia (limitaciones que las dolencias supongan para la capacidad funcional, en caso de riesgo durante el embarazo, que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en su salud o en la del feto).						



ANEXO 7 COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL PERSONAL DE MUGEJU AL SERVICIO DE PREVENCIÓN DEL GOBIERNO DE LA RIOJA

DATOS DEL ACCIDENTE

NOMBRE Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR	
DNI	
TELEFONOS DE CONTACTO	
CENTRO DE TRABAJO	
SERVICIO	
PUESTO DE TRABAJO	

ACCIDENTE CON BAJA <input type="checkbox"/>		ACCIDENTE SIN BAJA <input type="checkbox"/>	
FECHA DEL ACCIDENTE			
HORA DEL ACCIDENTE			
TESTIGOS SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NOMBRE (Si los hubiera):	
TRABAJO HABITUAL SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
LUGAR DONDE SE HA PRODUCIDO EL ACCIDENTE			
CENTRO DE TRABAJO HABITUAL <input type="checkbox"/>		OTRO CENTRO <input type="checkbox"/>	
DESPLAZAMIENTO DURANTE EL TRABAJO <input type="checkbox"/>		IN ITINERE <input type="checkbox"/>	
PARTE DEL CUERPO LESIONADA			
TIPO DE LESIÓN			
AGENTE MATERIAL			
GRAVEDAD			
LEVE <input type="checkbox"/>	GRAVE <input type="checkbox"/>	MUY GRAVE <input type="checkbox"/>	MORTAL <input type="checkbox"/>
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE			