

# 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  Nombre del EESS: \_\_\_\_\_  
3. Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_  
4. DNI:           5. Edad: \_\_\_\_\_ 6. Sexo: 6.1  Masculino 6.2  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 **CIE 10**  
10. Diagnóstico Médico: Dx 1: \_\_\_\_\_  
Dx 2: \_\_\_\_\_  
Dx 3: \_\_\_\_\_  
11. Fecha de Egreso del Establecimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
12. Condición de Egreso: 12.1 Alta  12.2 Fallecido  12.3  Referido a donde?: \_\_\_\_\_  
12.4 Requiere rehabilitación? SI  NO

## 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  
16.1  Calles/Jirones 16.2  Avenidas 16.3  Carreteras 16.4  Autopistas/ Vía expresa 16.5  Fluvial 16.6  Aéreo  
16.7  Marítimo  
17. Tipo de accidente  
17.1  Atropellado 17.2  Choque 17.3  Volcadura 17.4  Caída de ocupante 17.5  Otro -----

### A. REFERENTE AL LESIONADO

### B. REFERENTE AL OCASIONANTE DEL ACCIDENTE

18. El lesionado se encontraba en:  
18.1  Motocicleta 18.2  Motocar 18.3  Automóvil 18.4  Microbús 18.5  Ómnibus 18.6  Camión/trailer 18.7  Tren  
18.8  Bicicleta 18.9  Carreta 18.10  Avión 18.11  Avioneta/helicóptero 18.12  Embarcación c/motor 18.13  Embarcación s/motor  
19. Ubicación del lesionado 19.1  Pasajero 19.2  Conductor 19.3  Peatón  
20. Traslado de lesionado por:  
20.1  Ocasionante 20.2  Familiar 20.3  Propios medios 20.4  Serenazgo  
20.5  Persona particular 20.6  Policía 20.7  Bombero 20.8  Ambulancia servicio salud  
21. Tipo de Vehículo del ocasionante  
21.1  Motocicleta 21.2  Motocar 21.3  Automóvil 21.4  Microbús 21.5  Ómnibus 21.6  Camión/Trailer 21.7  Tren  
21.8  Bicicleta 21.9  Carreta 21.10  Avión 21.11  Avioneta/helicóptero 21.12  Embarcación c/motor 21.13  Embarcación s/motor  
22. Condición Vehículo ocasionante del accidente  
22.1  Particular 22.2  Público 22.3  Estatal 22.4  Privado

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

23. Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombres  
24. Edad: \_\_\_\_\_ 25. Sexo: 25.1  Masculino 25.2  Femenino  
26. N° Licencia de Conducir: 26.1  Si N° \_\_\_\_\_ 26.2  No 26.3  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  Rimac 31.2  Pacífico Seguros 31.3  La Positiva 31.4  Generali Perú  
31.4  Mapfre Perú 31.5  Latino Seguros 31.7  Otro: \_\_\_\_\_



Para la Oficina Seguros/SOAT