



B. Identificación del Trabajador/a

**Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno**

**RUN**

**Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna**

**Número de Teléfono**

**Hombre**

**Sexo**

**Mujer**

**Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario:**

**Edad**

**Fecha de Nacimiento**

**Alacalufe Atacameño**

**Aimara**

**Colla Diaguita**

**Mapuche**

**Quechua Rapanui**

**Yamana (Yagán)**

**Otro - Cuál ?**

**Ninguno**

**Nacionalidad Profesión u Oficio**

**Tipo de Ingreso:**

**Antigüedad en la Empresa Tipo de Contrato Remuneración Fija Remuneración Variable**

**Honorarios**

**Categoría Ocupacional**

**Empleador Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario**

**Indefinido Plazo Fijo Por Obra o Faena Temporada**

**Días Meses Años**



**¿Había tenido estas molestias en el puesto de trabajo actual, anteriormente?**

**SI**

**NO**

**Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias?:**

**SI**

**NO**

C. Datos de la Enfermedad

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

**¿Hace cuánto tiempo tiene estas molestias o síntomas?**

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

**Parte del cuerpo afectada**

**Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias:**

**¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias?**

**¿Cuánto tiempo ha estado expuesto o trabajando con estas cosas o agentes del trabajo?**

**Días Meses Años**

**Días Meses Años**

D. Identificación del Denunciante

**Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno**

**Clasificación del Denunciante (Ley 16.744):**

**RUN**

**Número de Teléfono**

**Empleador**

**Comité Paritario**

**Trabajador/a Familiar**

**Empresa Usuaria**

**Médico Tratante**

**Otro**

**Firma**



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ENFERMEDAD PROFESIONAL (DIEP)

**Folio:**

**Código del Caso Fecha de Emisión**



A. Identificación del Empleador

**Nombre o Razón Social**

**RUT**

**Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)**

**Comuna**

**Número de Teléfono**

**Pública Privada**

**Principal**

**Contratista**

**Actividad Económica**

**Subcontratista Tipo de Empresa**

**N° de Trabajadores**

**Propiedad de la Empresa**

**De Servicios Transitorios**

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

**Hombres Mujeres**

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 DlEP(día-mes-año).
* Folio de la DIEP: debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.

1. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR
2. 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).
3. RUT: Anote el RUT de la entidad empleadora o empleador.
4. 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.
5. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra el domicilio oficial de la entidad empleadora.
6. Número de teléfono: Anote el número telefónico del domicilio oficial de la entidad empleadora, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
7. Actividad Económica: Señale qué actividad desarrolla la entidad empleadora. Anote en el casillero en blanco.
8. N° de Trabajadores: Señale cuántos Hombres y cuántas Mujeres trabajan en la empresa. Anote en el cuadro respectivo.
9. Propiedad de la Empresa: Marque con una x si es una entidad empleadora pública o privada.
10. Tipo de Empresa: Marque con una x si es Principal, Contratista, Subcontratista o de Servicios Transitorios.
11. Si es contratista o subcontratista, señale la actividad que desarrolla la empresa principal. Anote en el espacio en blanco.
12. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A
13. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos del trabajador/a enfermo/a, según el orden solicitado.
14. RUN: Anote el RUN o RUT del trabajador/a enfermo/a.
15. 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.
16. Comuna: Anote la comuna que corresponde a la dirección del trabajador/a enfermo/a.
17. Número de teléfono: Anote el número telefónico del trabajador/a enfermo/a, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
18. Sexo: Marque con una x el casillero que corresponda al sexo del trabajador/a enfermo/a.
19. Edad: Anote la edad en años cumplidos a la fecha del accidente, del trabajador/a enfermo/a.
20. Fecha de Nacimiento: Señale el día, mes y año de nacimiento del trabajador/a enfermo/a (día-mes-año).
21. 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.
22. Nacionalidad: Anote la nacionalidad del trabajador/a enfermo/a.
23. Profesión u Oficio: Anote en el casillero en blanco la profesión u oficio del trabajador/a enfermo/a.
24. 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.
25. Tipo de Contrato: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de contrato del trabajador/a enfermo/a.
26. Tipo de ingreso: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de ingreso que percibe el trabajador/a enfermo/a.
27. Categoría Ocupacional: Marque con una x el casillero que corresponda a la categoría ocupacional del trabajador/a enfermo/a.
28. DATOS DE LA ENFERMEDAD
29. Describa las molestias o síntomas que actualmente tiene el trabajador/a: Autoexplicativo.
30. ¿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.
31. ¿Había tenido estas molestias en el puesto de trabajo actual, anteriormente? Marque con una x en el casillero que corresponda, Sí o No.
32. Parte del cuerpo afectada: Anote en el recuadro en blanco la parte de cuerpo que corresponda.
33. Describa el trabajo o actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: Autoexplicativo.
34. Nombre del Puesto de Trabajo o Actividad que realizaba cuando comenzaron las molestias: Autoexplicativo.
35. Existen compañeros de trabajo con las mismas molestias?: Anote en el casillero respectivo, Sí o No.
36. ¿Qué cosas o agentes del trabajo cree Ud. que le causan estas molestias?: Autoexplicativo.
37. ¿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).
38. IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE
39. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos de la persona que extiende la denuncia o Denunciante, según el orden solicitado.
40. RUN: RUN o RUT de la persona que extiende la denuncia o Denunciante.
41. Número de teléfono: Anote el número de teléfono del Denunciante, anteponga el código de la ciudad o de celular, según corresponda.
42. 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.
43. Firma: La persona que denuncia debe firmar el formulario.