

Si un/a estudiante va a realizar su práctica debe:

1. Realizar la solicitud de constancia de Seguro Escolar Obligatorio al menos 72 horas hábiles antes del inicio de la práctica, según las siguientes opciones:

- Enviar a dae@usek.cl el Formulario de Solicitud de Constancia del Seguro Escolar Obligatorio (Anexo 1).
- Completar el Formulario vía GoogleForm <https://forms.gle/QqKeLnPeoSy8E3qFA>

2. Al momento en que estén listas las constancias de SEO solicitadas, en base a la solicitud realizada, estas se envían vía correo digitalizadas, o bien se informa para que haga retiro en Oficina DAE de los formatos impresos.

3. Una vez retiradas las constancias debe hacer entrega de las mismas a cada estudiante antes de que ingrese a su centro de práctica, ya que este documento lo deben portar en caso de que sufran algún accidente, ya sea de trayecto o en el mismo centro de práctica.

Para mayor información puedes contactarnos dae@usek.cl.

¿Qué hacer en caso de un/a estudiante accidentado dentro del Centro de Práctica o en el trayecto al mismo:

1. Al enterarse del accidente el/la Coordinador/a debe indicar al estudiante que con las 4 copias de la Declaración Individual de Accidente Escolar (Anexo 2) debe dirigirse al Centro de Salud Pública más cercano a su centro de práctica o en caso que el accidente sea de trayecto al más cercano del lugar en que aconteció el accidente.

Para mayor información puedes contactarnos dae@usek.cl.

GUÍA: PARA COORDINADOR (A) CENTROS DE PRÁCTICAS:

CONSTANCIAS DE SEGURO ESCOLAR OBLIGATORIO, ACCIDENTES Y MALESTAR DE SALUD

Anexo 1: Formulario Solicitud Constancia Seguro Escolar Obligatorio:



**SOLICITUD DE CONSTANCIA
SEGURO ESCOLAR OBLIGATORIO PARA PRÁCTICA**

NOMBRE ESTUDIANTE	
RUT	
CARRERA	
CELULAR	
CORREO	
CENTRO PRÁCTICA	
DIRECCIÓN CENTRO DE PRÁCTICA	
FECHAS DE PRÁCTICA	
NOMBRE DEL SOLICITANTE	
CARGO DEL SOLICITANTE	
FECHA DE SOLICITUD	
FECHA DE RECEPCION DAE	
CONTACTO DE EMERGENCIA	

Anexo 2: Declaración Individual de Accidente Escolar:

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

Antes de registrar los datos favor leer bien cuidadosamente el contenido

A. IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____ CIUDAD: _____ COMUNA: _____

CURSO: _____ HORARIO: _____

FORMA DE PARTO (SI SE APLICÓ):
 SA: MA: CA:

SEXO: M F ADOLESCENTE: SI NO

APPELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: F. 1: _____ F. 2: _____

RESIDENCIA HABITUAL: _____

CALLE: _____ NUMERO: _____ POBLACION/VILLA: _____ COMUNA: _____ CIUDAD: _____

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

HORA: SA: _____ MA: _____ CA: _____

DIAS: _____

TIBIAGOS (EN CASO DE TRAUMATO): _____

DIAS ACCIDENTE: _____ ACCIDENTE: _____

DETENCIÓN: SI NO

DE LA SEMANA: SI NO

NOMBRE: APELLIDO: _____ O. N.º: _____

NOMBRE: APELLIDO: _____ O. N.º: _____

CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBA COMO OCURRIÓ, CAUSA):

FIRMA Y TÍTULO:

 DIRECTOR O REPRESENTANTE

C. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

ESTABLECIMIENTO FISIOLÓGICO: SI NO

CONDAÑO FISIOLÓGICO: SI NO

HOSPITALIZACIÓN: SI NO

TOTAL DÍAS HOSPITALIZACIÓN: _____

REPARACIÓN: SI NO

TOTAL DÍAS REPARACIÓN: _____

TIPO DE REPARACIÓN: _____

CAUSAS QUE ORIGINAN EL DAÑO: _____

FECHA QUE ORIGINAN EL DAÑO: _____

TIPO: LESIÓN ALTA MÉDICA FÍSICA PSICOLÓGICA MENTAL DEBILIDAD DEBILIDAD TEMPORAL TRATAMIENTO MUERTO

SA: _____ MA: _____ CA: _____

FORMA DE PARTO: SA: _____ MA: _____ CA: _____

FORMA DE NACIMIENTO: _____