



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	
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

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

B. REFERENTE AL OCASIONANTE DEL ACCIDENTE

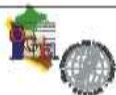
21. Tipo de Vehículo del ocasionante	
21.1 ☐ Motocicleta	21.8 ☐ Bicicleta
21.2 ☐ Motocar	21.9 ☐ Carreta
21.3 ☐ Automóvil	21.10 ☐ Avión
21.4 ☐ Microbús	21.11 ☐ Avioneta/helicóptero
21.5 ☐ Ómnibus	21.12 ☐ Embarcación c/motor
21.6 ☐ Camión/Trailer	21.13 ☐ Embarcación s/motor
21.7 ☐ Tren	
22. Condición Vehículo 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:	
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:	
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