

Diligenciar solamente si presentó un accidente, lesión, golpe, herida, esguince, contusión, traumatismo, quemadura, esfuerzo, fractura, luxación, desgarro, cuerpo extraño, retiro de material de osteosíntesis, trauma craneoencefálico, latigazo, punciones, barotrauma, dengue, malaria, envenenamiento, intoxicación aguda, estrés postraumático o secuela de las anteriores.

Fecha de diligenciamiento		
DD	MM	AAAA

### I. INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Nombre completo		Documento de identificación	
Nombre(s)	Apellidos	Tipo	Número
Dirección de domicilio		Número de teléfono domicilio	Número de celular / otro número de contacto

### II. INFORMACIÓN LABORAL

Tipo de afiliación	Dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input checked="" type="checkbox"/>	CUAL?
¿Está afiliado a una ARL?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Nombre de la empresa	Número de teléfono de la empresa		
Ciudad	Cargo		
Diagnóstico motivo de la incapacidad			

### III. CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN

El diagnóstico por el cual se generó ésta incapacidad se deriva de un ACCIDENTE DE TRABAJO ? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Si se trata de un accidente de trabajo registre la fecha y hora en que se presentaron los hechos, en caso contrario deje estos espacios en blanco

Fecha del accidente de trabajo (DD/MM/AAAA)	DD	MM	AAAA	Hora del accidente de trabajo (cuando aplique)	AM	PM
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si se trató de un ACCIDENTE DE TRABAJO por favor describa brevemente cómo se presentaron los hechos que dieron origen a su incapacidad:

Firma o nombre de quien suministra la información	Observaciones

**Estimado Usuario:** La información que se aporte para diligenciar este documento constituye soporte legal para la determinación del origen de la incapacidad y por tanto deberá ser **VERAZ y VERIFICABLE**, por lo que al ser presentada como soporte de la incapacidad se garantiza el carácter de auténtico a los datos que se provean en el momento de su