
 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Seguridad, Salud Ocupacional y Medio Ambiente</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Procedimiento de Derivación por Accidentes de Trabajo, Trayecto y Enfermedades Profesionales</b></p>	Edición: 1
		Elaboración: Marzo 2024
		Página 12 de 12
		Vigencia: Marzo 2029

Anexo 3: Rechazo de Atención.

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente USSOMA</p>	<b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS</b>	Revisión	01
	<b>Declaración de Rechazo Atenciones por concepto de Accidentes de Trabajo, Trayecto y Enfermedad Profesional. (Ley N° 16.744)</b>	Página	1 de 1

En Santiago con fecha \_\_\_\_\_, se viene a declarar

<b>Nombre</b>			
<b>RUT</b>			
<b>Establecimiento</b>	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS		
<b>Cargo</b>		<b>Unidad</b>	
<b>Fecha del Evento (Día/Mes/Año)</b>			
<b>A las (Hora)</b>			
<b>Sucedio (Relatar acción, lugar y descripción del accidente)</b>	<p>Lo anterior se establece en circunstancias que debe concurrir al Organismo Administrador Mutual de Seguridad CCHC, a objeto de ser examinado por profesionales del área debido a su accidente/enfermedad. Dando cumplimiento con ello a lo establecido en la ley 16.744 del año 1968 el cual establece las normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.</p> <p>En este cometido el funcionario/a, en forma voluntaria lee el contenido de la presente declaración y se manifiesta <b>NO conforme</b>, expresando en este mismo acto que <b>NO concurrirá</b> al Organismo Administrador Mutual de Seguridad CCHC, por el detalle que a continuación indica.</p>		
<b>(Detalle de la no asistencia)</b>			

Para constancia firma en señal de haber sido notificado e instruido en las leyes ya señaladas.

<b>Nombre del Declarante</b>	
<b>RUT del Declarante</b>	
<b>Firma del Declarante</b>	