



<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	6

"ESTADISTICA NACIONAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES AFILIADAS AL ISSSTE"

ENAT-1

N°	NATURALEZA DEL ACCIDENTE			ENTIDAD FEDERATIVA	PUESTO O ACTIVIDAD	E D A D	S E X O	FECHA DEL ACCIDENTE	FECHA DE CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE	PRIMERA AUTORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO	CAUSA O FACTOR QUE LO GENERO	LUGAR ESPECIFICO DEL ACCIDENTE	PARTE DEL CUERPO AFECTADA	CONSECUENCIAS		TOTAL DIAS DE INCAPACIDAD	
	COMISION	CENTRO DE TRABAJO	TRAYECTO											MUERTE			DIAGNOSTICO MEDICO
														SI	NO		
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
TOTAL																	

INSTRUCCIONES DE LLENADO

LUGAR DONDE OCURRIÓ:

Marcar con una "X" el lugar donde ocurrió el accidente:
Comisión, Centro de Trabajo o Trayecto.

FECHA DE CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE:

Anotar la fecha en que se tuvo conocimiento del accidente.

LUGAR ESPECIFICO DEL ACCIDENTE:

Anotar el lugar específico del accidente: **Escaleras, Baño, Pasillo, Vía Pública, Oficina, etc.**

TOTAL DE DIAS DE INCAPACIDAD:

Anotar el número de días de incapacidad que se otorgaron con motivo del accidente.

ENTIDAD:

Anotar la abreviatura del nombre de la Entidad Federativa donde ocurrió el accidente: **AGS., B.C., CAMP., D.F.S., SIN., VER., YUC., ETC.**

PRIMERA AUTORIDAD QUE TUVO CONOCIMIENTO:

Anotar el nombre de la primera autoridad que tuvo conocimiento del accidente.: **Jefe Inmediato, Comisión de Seguridad e Higiene o Área de Recursos Humanos.**

PARTE DEL CUERPO AFECTADA:

Anotar el número de clave que corresponda, según la parte afectada.

- B1. Mano.
- B2. Miembro superior (excluyendo lesiones en mano).
- B3. Pie.
- B4. Miembro inferior (excluyendo lesiones en pie).
- B5. Globo ocular (Excluyendo lesiones anexos).
- B6. Cabeza y cara (excluyendo lesiones globo ocular o sus anexos).
- B7. Tronco (excluyendo lesiones en tórax o columna vertebral).
- B8. Columna vertebral (incluyendo lesiones en dorso).
- B9. Tórax (incluyendo lesiones en órganos intratorácicos).
- B10. Cuerpo en general (incluyendo lesiones múltiples e intoxicaciones).
- B11. Diversas de frecuencia menor.

NOTA:

En el presente formato deberán de asentarse los datos correspondientes a todos aquellos accidentes que ocurrieron en el periodo de dos meses, independientemente de que se hubiese iniciado el trámite para la dictaminación del riesgo del trabajo ante el ISSSTE.

Este formato deberá integrarse con la información que proporcionen las Comisiones Auxiliares de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo y ser reportado en forma bimestral por la Comisión Central de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo de las Dependencias o Entidades de carácter Federal a la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo del ISSSTE. En el caso de las Comisiones Estatales de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo, el reporte deberá de realizarse en forma bimestral a la Subdelegación de Prestaciones, de la Delegación del ISSSTE que corresponda a la Entidad Federativa.

PUESTO O ACTIVIDAD:

Anotar el nombre del puesto o actividad que realiza el trabajador accidentado.

CAUSA O FACTOR QUE LO GENERO:

Anotar el número de clave que corresponda, según la causa o factor que generó el accidente.

- A1. Accidente causado por instrumentos u objetos cortantes o punzantes.
- A2. Accidente debido a coalición con o golpe dado por objeto o persona.
- A3. Caídas a nivel.
- A4. Golpe accidental causado por la caída de un objeto.
- A5. Apresamiento accidental dentro de o entre objetos.
- A6. Accidente causado por maquinaria.
- A7. Ejercicio excesivo y movimientos muy vigorosos.
- A8. Accidentes causados por sumersión, sofocación y cuerpos extraños.
- A9. Accidente causado por sustancias u objetos calientes, material cáustico o corrosivo o vapor.
- A10. Accidente de tráfico de vehículos de motor.
- A11. Accidentes debidos a factores naturales y del medio ambiente.
- A12. Homicidio y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona.
- A13. Accidentes causados por la corriente eléctrica.
- A14. Accidentes de vehículos de motor no debidos al tráfico.
- A15. Accidentes causados por el fuego.
- A16. Exposición a radiación.
- A17. Varios de frecuencia menor.

CONSECUENCIAS:

Marcar con una "X", MUERTE: (SI) (NO)

DIAGNOSTICO MEDICO:

Anotar el número de clave que corresponda, según el tipo de lesión.

- C1. Heridas.
- C2. Contusiones.
- C3. Torceduras y esguinces.
- C4. Fracturas.
- C5. Quemaduras.
- C6. Cuerpo extraño.
- C7. Lesiones Superficiales.
- C8. Luxaciones.
- C9. Traumatismos.
- C10. Amputaciones.
- C11. Intoxicaciones.
- C12. Diversas de frecuencia menor.

EDAD:

Anotar la edad del trabajador accidentado.

SEXO:

Anotar el sexo del trabajador accidentado:
(F) Femenino (M) Masculino

FECHA DEL ACCIDENTE:

Anotar la fecha exacta cuando ocurrió el accidente.