



COBERTURAS DE SALUD VIGENTES PARA ESTUDIANTES FACULTAD DE MEDICINA – UNIVERSIDAD DE CHILE

1 Atención de urgencia en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile para accidentes traumáticos y corto-punzantes

El convenio entre el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCh) y la Facultad de Medicina entrega prestaciones de salud a **estudiantes de pregrado y postgrado** que sufran estos tipos de accidentes. Al momento de solicitar atención **se debe presentar la TUI y la cédula de identidad**. La atención será entregada si se cumplen las siguientes condiciones:

- El accidente se produce en cualquiera de las dependencias de la Facultad.
- El accidente se produce en establecimientos que tienen convenio docente asistencial con la Facultad de Medicina, realizando acciones en su condición de estudiante.

El/la estudiante, o quien le acompañe, deberá firmar un pagaré por la prestación, el cual le será devuelto una vez concluido el trámite administrativo entre el HCUCh y la Facultad.

Pasos del trámite administrativo:

- a. El accidente debe ser comunicado a la Dirección de Asuntos Estudiantiles (DAEC) a la brevedad posible (amondacr@uchile.cl - F: 229786435)
- b. La DAEC envía a estudiante el **Formulario de Declaración Jurada simple**¹, el cual debe ser devuelto firmado y con la información requerida.
- c. DAEC reporta el accidente a la Subdirección de Servicios con copia al/la estudiante, solicitando la activación del convenio Facultad/HCUCh.
- d. La Subdirección de Servicios solicita la activación del convenio a su contraparte del HCUCh (Jefatura Unidad Admisión Emergencia), siempre con copia al/la estudiante y a la DAEC,
- e. Con la respuesta de la Jefatura de la Unidad Admisión Emergencia del HCUCh, el/la estudiante puede retirar el pagaré.

El hospital entregará la atención de acuerdo con el cuadro presentado por el/la estudiante, con un **máximo de 10 días de hospitalización**. Durante ese período la cobertura es de un 100% en habitación institucional. A contar del día 11, los gastos serán con cargo a el/la estudiante. No contempla rehabilitación post hospitalaria.

Según la previsión de salud, el cobro de las prestaciones o servicios entregados por el HCUCh se realiza de la siguiente manera:

- **Estudiantes con previsión:** Las prestaciones entregadas serán valorizadas conforme a lo pactado entre el/la estudiante con su institución de salud respectiva. La Facultad asumirá las diferencias no cubiertas por la previsión, considerando como tope el día 10 de la hospitalización.
- **Estudiantes sin previsión:** Dirigido a aquellas personas que no estén afiliadas a una ISAPRE o FONASA. En este caso, se aplicarán las tarifas según arancel FONASA III, Modalidad Libre Elección.

El HCUCh entregará todos los elementos referidos a órtesis y/o prótesis que sean necesarios para la recuperación. El costo de estos elementos será incluido en el programa médico. Adicionalmente, el HCUCh

¹ Anexo 1: tiene como propósito que cada estudiante asuma la responsabilidad de la ocurrencia del accidente en un espacio universitario y en virtud del cumplimiento de su plan de estudios.

proporcionará los medicamentos a estudiantes que se encuentren hospitalizados/as, los cuales serán incluidos en los gastos que posteriormente serán valorizados en el programa médico.

En el caso de riesgo de contagio con VIH en accidentes cortopunzantes la Facultad financia el 100% de los costos de la terapia preventiva, en el evento que la institución previsional de la persona no realizara este tipo de cobertura.

2. Atención de urgencia las 24 horas del día, todos los días del año.

La Universidad mantiene un acuerdo con el HCUCh, el cual permite que el **Servicio de Urgencia del Hospital, atienda a estudiantes de pregrado y postgrado** que sufran de algún problema de salud que requiera una atención médica urgente e impostergable, **presentando TUI y C. identidad.**

Respecto de este acuerdo, es importante considerar lo siguiente:

- **La gratuidad es sólo para la primera atención médica.**
- Si el/la estudiante requiere tratamiento u hospitalización debe hacer uso de su previsión de salud.
- En caso de no existir previsión de salud, se puede solicitar franquicia médica a través de Bienestar Estudiantil de la Facultad, la cual se otorga en casos muy especiales y acreditados.

3. Seguro escolar de accidentes

Cubre toda lesión que un/una estudiante sufra a causa o con ocasión de sus estudios o de la realización de su práctica profesional, que produzca incapacidad o muerte. También cubre los accidentes ocurridos en el trayecto de ida o regreso de su casa a la Universidad o viceversa (exceptuando períodos de vacaciones).

<https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/40068-seguro-contra-accidentes-escolares>

¿QUÉ ES UN ACCIDENTE ESCOLAR?

Un accidente escolar incluye todas aquellas lesiones que sufran los y las estudiantes, que produzcan incapacidad o muerte, y que ocurran dentro del establecimiento educacional durante la realización de la práctica profesional, o los sufridos en el trayecto (ida y regreso). No se consideran dentro del seguro aquellos accidentes que no tengan relación con los estudios, o los producidos intencionalmente.

¿QUÉ HACER EN CASO DE SUFRIR UN ACCIDENTE ESCOLAR?

La persona accidentada debe acudir a cualquier **centro de la red pública de salud**².

La cobertura del seguro escolar incluye:

- i. Servicio y atención médica, quirúrgica y dental.
- ii. Hospitalizaciones, cuando correspondan.
- iii. Medicamentos.
- iv. Prótesis y aparatos ortopédicos (incluida su reparación).
- v. Rehabilitación física y reeducación profesional.
- vi. Gastos de traslado.
- vii. Pensión permanente, temporal o cuota mortuoria, en caso de ser necesario.

² El Hospital Clínico de la Universidad de Chile no es un establecimiento público de salud



¿CÓMO SE DECLARA?

Quien sufra el accidente, **debe presentar una declaración individual de accidente escolar** ante el Servicio de Salud correspondiente (COMPIN Norte), en la que se exprese:

- i. Nombre, comuna y ciudad del establecimiento educacional.
- ii. Datos personales de la persona accidentada.
- iii. Informe del accidente.

Este documento puede obtenerse en la DAEC, Bienestar Estudiantil y Direcciones de Escuelas.

Las autoridades administrativas de estas Unidades están habilitadas para firmar dicha Declaración.

Además, el documento se puede descargar en:

https://www.isl.gob.cl/wp-content/uploads/2014/03/Declaracion_Individual_Accidente_Escolar.pdf

¿CÓMO ACREDITAR UN ACCIDENTE DE TRAYECTO?

Para acreditar un accidente de ida o regreso, entre la casa y el establecimiento educacional, o el lugar donde se realiza la práctica profesional, será necesario presentar los siguientes documentos:

- i. Un parte emitido por Carabineros.
- ii. La declaración de testigos presenciales.
- iii. Cualquier otro medio de prueba fidedigno que acredite el accidente.

REQUISITOS Y CONDICIONES PARA LA CORRECTA APLICACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR:

- La primera atención **debe realizarse en un Servicio de Urgencias de un hospital público**; si es posible, en el más cercano a la ocurrencia del accidente (HCUCh no es público)
- Si por alguna razón no se puede entregar la prestación en el sistema público, el médico tratante debe acreditarlo vía certificado correspondiente.
- Una vez cursada la atención médica, el/la estudiante **debe recibir un documento del recinto asistencial donde conste dicha atención.**
- Este documento debe llevarlo el/la estudiante, o su representante, al COMPIN Metropolitano Norte (Gral. Lastra 1250, Independencia, Región Metropolitana, de Lunes a Viernes 08:30 a 13:30 hrs. Fono COMPIN 600 460 4600), junto con la declaración individual de accidente escolar que presentó al solicitar la atención médica (disponible en DAEC, Bienestar Estudiantil, Direcciones de Escuelas)
- Los documentos son revisados por una comisión médica que se reúne una vez al mes (último jueves de cada mes)
- Esta Comisión emite una Resolución que acredita el accidente como tal. Con este documento legal, el/la estudiante podrá ser atendido/a hasta el alta médica total y reembolsar el dinero gastado a raíz del accidente (medicamentos, prótesis, lentes, traslados, etc.)
- Mientras se emite la Resolución y se legaliza, la persona puede utilizar la declaración de accidente para las atenciones médicas.
- Para los reembolsos debe esperar que se emita el documento. Para ello, debe llevar las boletas más la Resolución al Servicio de Salud correspondiente a la jurisdicción del establecimiento, para que le calculen y cancelen las prestaciones (COMPIN Metropolitano Norte - Gral. Lastra 1250, Independencia, Región Metropolitana, de Lunes a Viernes 08:30 a 13:30 hrs.)
- Cuando es un accidente de trayecto es necesario presentar la constancia realizada ante Carabineros.



4. Servicio Médico y Dental de los Alumnos (SEMDA)

Es el organismo oficial de la Universidad de Chile destinado a dar solución a los problemas de salud del estudiantado. Tienen derecho a atención los/las estudiantes de pregrado y postgrado cuyo programa conduzca a la obtención de grados académicos con una duración mínima de un año. Atiende las necesidades primarias de salud médica y dental.

Horario de atención: lunes a viernes, entre las 08:30 y 17:00 horas.

- Solicitar hora de manera presencial o por teléfono.
- Presentar Tarjeta Universitaria Inteligente (TUI) y cédula de identidad. En caso de extravío de la TUI debes presentar tu comprobante de matrícula del semestre en curso.

Dirección: Av. La Paz 1002 // Teléfonos: +562 2978 8953 - +562 2978 8970 - +562 2978 8954

Servicios:

- Atención médica: medicina general, otorrinolaringología, salud mental.
- Atención odontológica: atención de odontología general, urgencia en horario hábil y RX dental.
- Promoción y prevención en salud.
- Laboratorio de otoneurología
- Botiquín de farmacia a bajo costo.

5. Unidad de Psicología: Las atenciones se realizan en modalidad virtual.

Todos los profesionales están conectados durante su horario habitual de trabajo (8:30 a 17:00 horas de lunes a viernes).

Para atención de urgencia se debe escribir a psicomeduchile@gmail.com indicando un número telefónico. El equipo coordinará la atención lo más rápidamente posible.

DIRECCIÓN DE ASUNTOS ESTUDIANTILES Y COMUNITARIOS

05 mayo 2023



Anexos 1 y 2

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE
ACTIVACIÓN CONVENIO ACCIDENTES CORTOPUNZANTES Y TRAUMÁTICOS
FACULTAD DE MEDICINA – HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

El Convenio está destinado a la atención de urgencia ambulatoria y hospitalización de estudiantes de la Facultad de Medicina por accidentes traumáticos y cortopunzantes ocurridos en dependencias de la Universidad de Chile u otro lugar asociado a labores inherentes a su calidad de estudiantes.

La falsedad de la presente declaración será sancionada de acuerdo a la normativa universitaria vigente.

Este convenio NO cubre a becados/as MINSAL, quienes se deben atender en la mutualidad a la cual pertenece su Servicio de origen. Tampoco cubre lesiones pre existentes.

Declaro formalmente que el accidente que motivó mi comparecencia y solicitud de asistencia médica en el Servicio de Urgencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, el día ____/____/____ se ha efectuado cabalmente en el marco del Convenio de atención de urgencia para alumnos de la Facultad de Medicina vigente entre el Hospital Clínico y la Facultad de Medicina, ambos de la Universidad de Chile.

Declaro asimismo que solicité esta prestación de salud porque el accidente Cortopunzante Traumático (marcar opción), se produjo en:

1. Mi condición de estudiante de la Facultad de Medicina:

Pregrado: Carrera _____ Nivel _____

Postgrado: Programa _____

Postítulo: Programa _____

2. En dependencias de la Facultad de Medicina o Centro de Práctica (señale el nombre):

a. Campus _____

b. Hospital _____

c. Centro de práctica con convenio docente/asistencial _____

d. Otro _____

Nombre: _____

RUT: _____ Fecha Declaración ____/____/____

Firma

N°

DECLARACION INDIVIDUAL DE ACCIDENTE ESCOLAR

Antes de registrar los datos lea las instrucciones al reverso

FISCAL O MUNICIPAL = 1
 PARTICULAR = 2

A. INDIVIDUALIZACION DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CIUDAD	COMUNA
CURSO	HORARIO	FECHA REGISTRO de los DATOS DIA MES AÑO
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES SEXO M = 1 <input type="checkbox"/> F = 2 <input type="checkbox"/> AÑO NACIMIENTO <input type="text"/> EDAD <input type="text"/>

RESIDENCIA HABITUAL:

CALLE	NUMERO	POBLACION/VILLA	COMUNA	CIUDAD	CODIF. COM.
-------	--------	-----------------	--------	--------	-------------

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

HORA	MIN.	AÑO	MES	DIA	TESTIGOS: (EN CASO DE TRAYECTO)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DIA ACCIDENTE: LUNES = 1, MARTES = 2, MIERCOLES = 3, JUEVES = 4, VIERNES = 5, SABADO = 6, DOMINGO = 7.

ACCIDENTE: DE TRAYECTO = 1 EN LA ESCUELA = 2

a) NOMBRE - APELLIDO _____ C. NAC. DE ID. _____
 b) NOMBRE - APELLIDO _____ C. NAC. DE ID. _____

CIRCUNSTANCIA DEL ACCIDENTE (DESCRIBA COMO OCURRIO - CAUSAL)

.....

.....

.....

FIRMA Y TIMBRE

 RECTOR O REPRESENTANTE

S O L O E S T A B L E C I M I E N T O A S I S T E N C I A L	D. NATURALEZA Y CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE		CODIGO <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL _____				
	DIAGNOSTICO MEDICO _____				
	PARTE DEL CUERPO AFECTADA _____	HOSPITALIZACION SI = 1 <input type="checkbox"/> NO = 2 <input type="checkbox"/>	TOTAL DIAS HOSP. <input type="text"/> <input type="text"/>	INCAPACIDAD SI = 1 <input type="checkbox"/> NO = 2 <input type="checkbox"/>	TOTAL DIAS INCAPACIDAD <input type="text"/> <input type="text"/>
	TIPO DE INCAPACIDAD LEVE = 1 <input type="checkbox"/> TEMPORAL = 2 <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PARCIAL = 3 <input type="checkbox"/> INVALIDEZ TOTAL = 4 <input type="checkbox"/> GRAN INVALIDEZ = 5 <input type="checkbox"/> MUERTE = 6 <input type="checkbox"/>	CAUSA DE CIERRE DEL CASO ALTA MEDICA = 1 <input type="checkbox"/> INVALIDEZ = 2 <input type="checkbox"/> ABANDONO DE TRATAMIENTO = 3 <input type="checkbox"/> MUERTE = 4 <input type="checkbox"/>	FECHA CIERRE DEL CASO AÑO MES DIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	FIRMA DEL ESTADISTICO _____				

