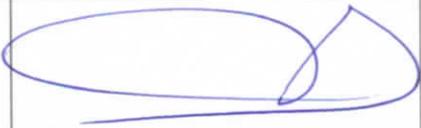
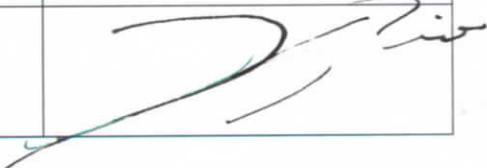


Este documento fue elaborado por la Dirección de Docencia en conjunto con la siguiente comisión que sesionó durante el año 2017:

Nombre	Cargo	Firma
María Elena Mora	Subdirectora Escuela de Construcción	
Jaime Meza	Subdirector escuela de Recursos Naturales	
Dario Mora	Subdirector Escuela de Administración y Negocios	
Fernando Arias	Subdirector Escuela Construcción	
María José Pino	Coordinadora Comisión Dirección de Docencia	

Santiago, 13 de marzo 2018

## INSTRUCTIVO SALIDAS A TERRENO

**Artículo N°1.** El presente Instructivo contiene las disposiciones necesarias para el adecuado cumplimiento de la actividad académica denominada “Salidas a Terreno”, contenida en las asignaturas de los planes de estudios que estimen pertinentes estas actividades como recurso de aprendizaje.

**Artículo N°2.** Salidas a Terreno se entenderá como aquella actividad académica dirigida y evaluada por un cuerpo docente especialista, preparada y planificada en sesión (clase) previa y ejecutada por los alumnos fuera de las dependencias de Duoc UC, con el propósito de aplicar y/o adquirir las competencias disciplinares declaradas en los planes de estudio.

**Artículo N°3.** La asistencia de las salidas a terreno estará reglamentada por los programas de estudio de la asignatura o en su defecto por el Reglamento Académico en el título destinado para ello.

**Artículo N°4.** La Dirección de Carrera será responsable de la salida a terreno pudiendo delegar las funciones a un coordinador de salida a terreno.

**Artículo N°5.** El Coordinador de Salidas a terreno es designado por el Director de Carrera, o corresponderá a quien cumpla con el cargo de Coordinador de Carrera según sea lo implementado en Sede. Tendrá la labor de velar por la coordinación de todas las actividades necesarias antes, durante y después de las salidas a terreno.

### Tareas del Coordinador de Salida a Terreno:

1. Planificación y Logística: Recopilar antecedentes del sector, condiciones climatológicas, rutas, contacto en destino, alimentación y transporte. Estará a cargo de recopilar la documentación necesaria como Fichas de Salida a Terreno<sup>1</sup> y permisos necesarios. Además reunirá información en cuanto a necesidades de equipamiento, elementos de protección personal (EPP) y vestuario a utilizar.  
Deberá supervisar y controlar todas las operaciones y logística previa, durante y después del terreno.
2. Seguridad: Será el encargado de resguardar la integridad de los participantes antes, durante y en la finalización de la salida a terreno. Esto puede comprender las siguientes actividades:
  - a. Registrar a los alumnos con situaciones médicas
  - b. Revisar equipamiento de primeros auxilios
  - c. Revisar equipamiento e indumentaria necesaria para la salida a terreno

---

<sup>1</sup> Anexo 2

**Artículo N°6.** Sin perjuicio de las acciones realizadas por el coordinador de salidas a terreno. La actividad siempre deberá estar acompañada de un docente que medie en las actividades de aprendizaje, quien además podrá realizar las acciones de coordinador si el Director de Carrera así lo estimara conveniente.

**Artículo N°7.** Están autorizados a asistir a las salidas a terreno, los alumnos regulares e inscritos oficialmente en la o las asignaturas.

**Artículo N°8.** Todas aquellas carreras que tengan en sus planes de estudio salidas a terreno con pernoctación o que requieran de esfuerzo físico o condiciones particulares, deberán tener una ficha médica de todos los alumnos. Dicha ficha deberán entregarla los alumnos en su matrícula de inicio y deberán renovarla cada año, con el registro médico competente, indicando salud compatible para las actividades descritas en los programas de estudio. La carrera llevará un registro, que debe ser controlado previo al inicio de las actividades.

Aquellos alumnos que presenten una condición médica que requiera de tratamiento, supervisión y/o control médico, deberán renovar semestralmente la Ficha Médica<sup>2</sup>, indicando evolución de la condición que afecta al alumno. No se autorizará la participación en las actividades en terreno de un alumno que presente una afección o condición médica y que no haya revalidado su Ficha Médica en el periodo indicado.

**Artículo N°9.** Todos los alumnos que sufran un accidente de trayecto o durante el desarrollo de una salida a terreno deben ser atendidos en el centro de salud más cercano y se encuentran cubiertos por el Seguro Escolar de acuerdo a las disposiciones de la Ley N° 16.744 D.S. N°313. A lo anterior se debe sumar la cobertura especial que tienen todos los alumnos de Duoc UC según Seguro de Accidentes Personales de Cía. de Seguros vigente. En caso de sufrir un accidente el docente o un estudiante, se debe proceder de acuerdo al protocolo que se anexa a este Instructivo.

**Artículo N°10.** Si el alumno debe incurrir en gastos asociados a la atención de salud, estos deben ser cubiertos por el sostenedor económico del alumno. El reembolso de gasto médico será de acuerdo a la política de cobertura del seguro vigente, realizando los trámites pertinentes en los plazos establecidos para ello.

**Artículo N°11.** El alumno, durante la duración de la salida a terreno, deberá mantener un comportamiento adecuado a las disposiciones institucionales y del lugar visitado en terreno, sea esta una empresa, predio, área natural u otro, que por sus características deban cumplirse normas específicas. El no cumplimiento de las normas será sancionado de acuerdo a lo que indique el Reglamento Académico vigente.

---

<sup>2</sup> Anexo 4

**Artículo N°12.** Se prohíbe en todo momento infringir las indicaciones del docente a cargo, además de la tenencia, distribución o estar bajo los efectos de cualquier bebida alcohólica y/o de cualquier tipo de drogas.

**Artículo N°13.** El docente podrá poner término de la Salida a Terreno del alumno que se encuentre en la situación antes mencionada, primando de esa manera lo actitudinal y resguardando la seguridad del propio afectado, quien debe tener una salud compatible con su plan de estudio según el Reglamento Académico vigente.

**Artículo N°14.** Los costos asociados al retorno del alumno bajo esta causal, deberán ser asumidos por él mismo o su sostenedor. El docente deberá dar aviso a Dirección de Carrera de la situación del o los alumnos para dejar constancia del hecho. El docente luego de finalizar la Salida a Terreno, deberá entregar un informe de lo sucedido, que podrá ser parte de un sumario.

## ANEXO 1 PROTOCOLO DE ACCIDENTE / INCIDENTE

**I. CONTEXTO:** siempre que acontezca algún tipo de accidente o incidente en la salidas a terreno, todo docente debe informar de forma inmediata, ya sea que le haya afectado directamente (en este caso quien esté en condiciones de hacerlo) o cause daño a instalaciones, alumnos o terceros o que en general alteren o detengan la actividad normal del trabajo del lugar visitado.

Se debe tener en cuenta además los siguientes puntos:

- a) En caso que la jefatura directa no se encuentre, debe dar aviso a al encargado de personas de la sede.
- b) En el caso que el accidentado no pueda informar, lo debe hacer cualquier persona, que tome inmediatamente conocimiento del hecho, a la jefatura directa del afectado.
- c) El alumno está sujeto al Seguro Escolar contemplado en el Art. 3°, Ley N°16744, según Decreto Ley 41 del 06 de mayo de 1985, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.
- d) El seguro escolar tiene un tope de cobertura de hasta 100 UF.

### II. ACCIDENTE E INCIDENTE:

**Accidente:** Acontecimiento no deseado que interrumpe u proceso normal de trabajo, causando daños a las personas y/o daño material a la empresa. **Incidente:** Acontecimiento no deseado que **puede** interrumpir un proceso normal de trabajo y que puede significar daños a las personas y/o daños a la propiedad.

**III. CÓMO ACTUAR:** (Un accidente o incidente en una actividad de salida a terreno, tiene las mismas consideraciones que un accidente en sede)

EL DOCENTE
<p>Para coordinar el traslado del accidentado, deberá llamar al número <b>600 301 2222</b> desde cualquier lugar del país o al 02-27794778 en la Región Metropolitana.</p> <p>La empresa debe emitir la Declaración Individual de Accidentes del Trabajo, (formulario DIAT) para esto tiene un plazo máximo de 24 horas una vez ocurrido el accidente.</p> <p>Cuando el accidentado se reintegre a sus funciones, el Jefe Directo le tiene que recordar a éste que debe ser entrevistado por algún integrante del comité ejecutivo. (El comité ejecutivo está compuesto por los miembros de la Dirección de la Sede.)</p>
EL ALUMNO
<p>Todo alumno regular de Duoc UC, está asegurado los 365 días del año. Es importante saber que este seguro es un beneficio que cubre frente a cualquier accidente estando dentro o fuera de la sede.</p> <p>En caso de accidente, llamar a DOC DUOC (600 362 3862), en un plazo de hasta 24 horas después de haber sufrido el accidente.</p> <p>Un médico atenderá el llamado y orientará para derivar al alumno al centro médico más cercano del lugar del accidente. En este llamado, se entregará toda la información sobre qué hacer una vez que se llegue al centro médico.</p> <p>Posteriormente, se hace un seguimiento y se realiza una ficha completa de atención hasta el alta médica</p>

**ANEXO 2  
FICHA SALIDA A TERRENO**

ANTECEDENTES		INFORMACIÓN REQUERIDA
Información del Docente	Nombre del docente responsable:	
	Rut del docente responsable:	
	N° celular docente responsable:	
	Nombre del ayudante:	
	Rut del ayudante:	
	N° celular ayudante:	
	Generalidades	Número total de alumnos:
		Fecha de la actividad:
		Hora salida sede:
		Fecha de regreso sede:
		Hora de regreso sede:
	Empresa de Transporte	Nombre empresa transporte:
		Nombre responsable transporte:
		Nombre chofer:
		Fono fijo empresa:
	Empresa y/o lugar de visita	Nombre del lugar:
		Actividad del lugar:
		Dirección:
		Comuna:
		Contacto:
		Teléfono contacto:
		Escuela:
		Carrera:
		Asignatura:
		Sigla:
		Semestre del Programa:
		Sección:
		Unidad de Competencia asociada
		Tipo de evidencia:

Nombre y Firma Director de Carrera

Nombre y Firma Docente responsable

ANEXO 3  
(CARTA TIPO SOLICITUD DE VISITA A TERRENO)

Concepción, xxx de 20xx

SEÑOR

Nombre destinatario

Cargo

Institución o empresa

Ref.: Asignatura nombre de la asignatura

Estimado señor (a):

La siguiente, tiene por objeto presentar a los alumnos que se mencionan más adelante, pertenecientes a la carrera de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX que imparte nuestra institución, quienes solicitan autorización para visitar XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, ubicada en XXXXXXXXXXXX, el día XX de XXXXXX de 20XX, con salida a las XX:XX horas, de la sede XXXXX Duoc UC, con el profesor a cargo NOMBRE DEL PROFESOR.

RUT	NOMBRE ALUMNO
XXXXXXXXXXXX	Apellido paterno apellido materno, Nombre
XXXXXXXXXXXX	Apellido paterno apellido materno, Nombre
XXXXXXXXXXXX	Apellido paterno apellido materno, Nombre
XXXXXXXXXXXX	Apellido paterno apellido materno, Nombre
XXXXXXXXXXXX	Apellido paterno apellido materno, Nombre

*Nota: Los alumnos están sujetos el seguro escolar contemplado en el Art. 3°, Ley N°16744, según Decreto Ley 41 del p6 de mayo de 1985, del ministerio del Trabajo y Previsión Social*

Solicito a usted tener a bien autorizar esta visita, la cual sin duda será un valioso aporte

**ANEXO 4****FICHA MÉDICA**

Esta ficha debe ser llenada por un médico colegiado y entregada a su Director de Carrera al postular y luego actualizada al inicio de cada semestre académico.

La información solicitada a continuación es para conocimiento de la Comunidad Académica sobre cualquier condición médica en particular que usted tenga y pueda afectar su integridad o la de sus pares en el transcurso de una actividad académica fuera de las dependencias de Duoc UC como son las salidas a terreno.

En el caso de dolencias o heridas de consideración, esta ficha médica entregará al personal especializado valiosa información respecto de su historial médico. Después de revisar esta ficha, el Director de Carrera podrá contactarla/o para aclarar dudas y aconsejarle respecto de condiciones y exigencias específicas de las actividades en terreno.

La información contenida en esta ficha es estrictamente confidencial. Será vista por las autoridades competentes de Duoc UC, personal médico y otros que sepan y entiendan el carácter reservado de la información.

Esta ficha estará al resguardo de la Dirección de Carrera durante el presente año académico siendo obligación por parte del alumno su actualización y/o renovación de forma anual.

El alumno deberá tomar en consideración su propia seguridad así como la de sus compañeros, por ello al contestar esta ficha debe ser absolutamente veraz y responsable.

**INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre: _____	Sexo: _____ M _____ F		
Dirección: _____			
Comuna: _____	Ciudad: _____	Región: _____	
Fono particular: _____	F. Trabajo: _____	F. Celular: _____	
Dirección email: _____	Fecha de Nacimiento: _____		
Estatura: _____	Peso: _____	Presión Arterial: _____	Grupo Sanguíneo: _____

Contacto de Emergencia: _____	Relación: _____	
Fono particular: _____	F. trabajo: _____	F. celular: _____
Si la persona anterior no estuviese, contactar a: _____	Relación: _____	

**Información de Seguros y Previsión Médica**

Previsión Médica, si corresponde ( \* ) especifique:

**FONASA:** \_\_\_\_\_ **ISAPRE ( \* ):** \_\_\_\_\_ **OTRO ( \* ):** \_\_\_\_\_

Seguros Médicos y/o Convenios:

**SEGURO MÉDICO:** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si corresponde; Compañía: \_\_\_\_\_ N° Póliza: \_\_\_\_\_ Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_

**CONVENIO DE ATENCIÓN MÉDICA:** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si corresponde; Centro de Atención: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**Considere medicamentos, alimentos, animales, picada de insectos, agentes ambientales (polvo, pasto, árboles, etc.) \_\_\_\_\_ **NINGUNA**

<b>Alergia</b>	<b>Reacción</b>	<b>Medicamento utilizado (si lo hubiese)</b>

Ha desarrollado **ANAFILAXIS:** \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ NO**\*Agente que la provoca:** \_\_\_\_\_Toda persona que ha desarrollado ANAFILAXIS deberá portar su kit de Anafilaxis provisto de **Epinefrina** o similar.

### Historial Médico

Por favor indique los medicamentos recetados, automedicados, y/o drogas homeopáticas que esté usando. Si es necesario usar una hoja aparte.

Nombre medicamento	Dosis	Frecuencia	Efectos secundarios	Motivo Uso

- ¿Práctica deportes? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- ¿Fuma? Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- ¿Consume bebidas alcohólicas? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- ¿Enfermedades recientes? \_\_\_\_\_
- ¿Operaciones u hospitalizaciones? \_\_\_\_\_
- ¿Exposición reciente a enfermedades contagiosas? \_\_\_\_\_
- ¿Se le ha diagnosticado asma? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Si corresponde, indicar medicamentos en la tabla superior.
- ¿Se le ha diagnosticado diabetes? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Si corresponde, indicar medicamentos en tabla superior.
- ¿Restricción de alimentos? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_
- ¿Historial de presión arterial alta? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Si corresponde, indicar:

Signos	Síntomas	Medicamentos

- ¿Tiene algún problema de vista? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
- ¿Está embarazada? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Si corresponde, cuántas semanas de embarazo tiene \_\_\_\_\_

13. ¿Tienes problemas óseos, articulares o musculares? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Si corresponde indicar:

Óseos	Articulares	Musculares

14. ¿Ha experimentado problemas con la altura (mal de altura, EPA, ECA) anteriormente?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

15. ¿Tiene alguna condición médica no mencionada anteriormente? \_\_\_\_\_

---

---

Las actividades de la Carrera pueden requerir de gran actividad física, largas caminatas, escaladas y otros esfuerzos físicos y/o mentales, en áreas remotas, sin facilidades médicas, apoyo médico o formas expeditas de contacto de rescate o asistencia médica. Por favor indique todas las limitaciones físicas o mentales y restricciones de las cuales usted está en conocimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si usted no tiene ninguna limitación, por favor indique aquí: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nombre: .....RUT.....firma.....fecha.....

---

La información proporcionada permite certificar que el postulante.....  
está apto para cursar las carreras que en Duoc UC contemplan en sus planes de estudio salidas a terreno.

Nombre del médico: .....

RUT: .....

N° Colegio médico: .....

Timbre: .....

### Apoyo médico

En caso de requerir consulta a su médico tratante, por favor indicar:

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha última consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**\*Por favor notifique inmediatamente a la Dirección de Carrera si cualquier información suscrita requiere ser modificada y/o actualizada.**

Nombre alumno

Firma

RUT.....