

ART: ExternaN° DE SINIESTRO: 2105015CONSTANCIA DE
ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Fuentes Franco CUIL / DNI N°: 35386677
Fecha de Nacimiento: 30/10/92 Sexo: M ☒ F ☐
Calle: Bahamones Nro: 187 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: Catriel
Provincia: Rio Negro CP: 8307 Tel. Fijo: DDN(____) _____ Tel. Móvil: 02955-5209454

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: GOS CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: Medicina Laboral CUIT: 3310253919
Calle: San Pedro Nro: 210 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: Catriel
Provincia: Rio Negro CP: 8307 Tel.: DDN(____) _____ Fax: _____
Mail: Konzo.Coupo@espana.org.ar

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☐ Accidente In Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐
Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: 23/10/11 Hora: _____
Fecha de inicio de la inasistencia laboral: 23/10/11 Hora: _____
Fecha de primera atención médica: 23/10/11 Hora: _____
Descripción del motivo de consulta: Lbf

Diagnóstico: Lbf

Indicaciones / Tratamiento: _____

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒
Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐
Fecha de próxima revisión: _____ Hora: _____
Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒
Fecha de retorno al trabajo: 24/10/11 Hora: _____
Fin de tratamiento: 24/10/11 Hora: _____
Motivo de cese de I.T.:
Alta Médica: ☒
Rechazo: ☐
Muerte: ☐
Fin de tratamiento: ☐
Por derivación: ☐ Tipo de derivación: _____
Afección inculpada SI ☐ NO ☒
Secuelas incapacitantes: SI ☐ NO ☒
Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

ALTA MÉDICA: Sr. Trabajador en caso de discrepancia con el alta médica otorgada, usted puede presentarse dentro de los 5 (cinco) días hábiles ante la Comisión Médica más cercana a su domicilio o correspondiente a su jurisdicción, concurriendo personalmente a fin de someterse a evaluación médica.
Los datos de contacto de las Comisiones Médicas y de las ART están al dorso de este formulario.

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☐

Fin de tratamiento: Fecha: 23/12/11 Hora: _____
Secuelas incapacitantes: SI ☐ NO ☒
Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒
Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

FIN DE TRATAMIENTO: Sr. Trabajador en caso de discrepancia con esta decisión, usted puede concurrir a la Comisión Médica más cercana a su domicilio o correspondiente a su jurisdicción.
Los datos de contacto de las Comisiones Médicas y de las ART están al dorso de este formulario.

En caso de existir secuelas incapacitantes resultantes del siniestro, la A.R.T./C.A. le informará, dentro de los próximos 20 (veinte) días hábiles administrativos, la fecha de audiencia ante la Comisión Médica jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral permanente.

Catriel 23.12.11
Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Fuentes Franco
Firma y Aclaración del Trabajador

NOTA TEJEDOR J. ORLANDO
Especialista Cirujano
M.P. RN 4110 - B.P. RN 6868
Médico Laboral
M.P. RN 1190 - M.P. RN 583
Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula