

ART: E X P O R T

N° DE SINIESTRO: 212 4976

CONSTANCIA DE
ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Del Rio Franco CUIL / DNI N° 38402869
Fecha de Nacimiento: 22/12/95 Sexo: M ☒ F ☐
Calle: O. Talca Nro: 218 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: F. O. R.
Provincia: Rio Negro CP: _____ Tel. Fijo: DDN(_____) Tel. Móvil: 28715-432426

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: GOS CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: SRN CUIT: _____
Calle: _____ Nro: _____ Piso: _____ Depto: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ CP: _____ Tel.: DDN(_____) Fax: _____
Mail: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☒ Accidente In Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: 25/10/22 Hora: _____

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: 25/10/22 Hora: _____

Fecha de primera atención médica: 25/10/22 Hora: _____

Descripción del motivo de consulta: Cefalea de origen tensional y TIA en el pso

Diagnóstico: Trombosis venosa de la pierna izquierda

Indicaciones / Tratamiento: Aspirina, FKT

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: 1/1/23 Hora: _____

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: 13/1/23 Hora: _____

Fin de tratamiento: 12/1/23 Hora: _____

Motivo de cese de ILT:
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: 12/1/23 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./E.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.

Cipolletti
12/01/2023
Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

FRANCO A. DEL RIO

Dr. Cristian Cares
Médico
Origen Generalista
M.P. N° 6151 M.P. RN 5437
Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula