

ART:
EXPERTA ART

**CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA
/ FIN DE TRATAMIENTO**

Nº de Siniestro: 2112334

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: MESPLATERE, JUAN CRUZ ALEJANDRO
Fecha de Nacimiento: 19/12/1978
Domicilio: LAS DIUCAS Y COMECEBOS
Provincia: NEUQUEN

Sexo: Hombre

Localidad: VILLA PEHUENIA

Tel.Fijo: 2996894178

CUIL: 20-26741979-6

Tel.Móvil:

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: GREEN OIL SERVICES S.A.

CUIT: 30-70858254-5

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: POLAR - MEDICINA LABORAL

Localidad: NEUQUEN

Domicilio: TUCUMAN 96

CP: 8300

Teléfono: (0299) 4474159

Provincia: NEUQUEN

Mail: administracionpolar@polcliniconeuquen.com.ar

R.G.A.: 17241

CUIT: 30-54617357-3

Fax:

Fecha R.G.A.: 14/12/2022

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☒ Accidente In Itinere ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Fecha de primera atención médica:

Enfermedad Profesional ☐

Fecha: 14/12/2022 Hora: 13:47

Fecha: 14/12/2022 Hora:

Fecha: 14/12/2022 Hora: 15:10

Intercurrencia ☐

Descripción del motivo de consulta:

levantando un caño sintió un dolor en region escapular derecha.

Diagnóstico:

distension muscular

Indicaciones / Tratamiento:

alines, reposo ecografía

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 14/12/2022 Hora:

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 22/12/2022 Hora:

Fin de tratamiento: Fecha: 21/12/2022 Hora:

Motivo de cese de ILT:

Alta Médica: ☐

Rechazo: ☐

Muerte: ☐

Fin de tratamiento: ☐

Por derivación: ☐

Tipo de derivación:

Afección inculpable: SI ☐ NO ☐

Secuelas incapacitantes: SI ☐ NO ☒

Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

ALTA MÉDICA: Sr. Trabajador en caso de discrepancia con ésta decisión puede concurrir a 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: 21/12/2022 Hora:

Secuelas incapacitantes: SI ☐ NO ☒

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

FIN DE TRATAMIENTO: Sr. Trabajador en caso de discrepancia con ésta decisión 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 ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral permanente.

ngn 21/12/2022
Lugar y Fecha de la Asistencia Médica


Firma y Aclaración del Trabajador


Firma y Sello Médico c

