ART:
EXPERTA ART

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº de Siniestro: 2117200

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: IMO, MARCELO DAMIAN — CUIL: 20-41911072-9
Fecha de Nacimiento: 30/06/1999 — Sexo: Hombre
Domicilio: NAHUEL 5373 — Localidad: NEUQUEN
Provincia: NEUQUEN — CP: 8300 — Tel Fijo: 2991556578028 — Tel.Movil:

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: GREEN OIL SERVICES S.A. — CUIT: 30-70658254-5

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: POLAR - MEDICINA LABORAL — CUIT: 30-54617287-3
Domicilio: TUCUMAN 96 — Localidad: NEUQUEN
Provincia: NEUQUEN — CP: 8300 — Telefono: (0299) 4474189 — Fax:
Mail: administracionpolar@policlinicolaw.com.ar — R.G.A.: 17617 — Fecha R.G.A.: 19/01/2023

DESCRIPCION DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo [X] — Accidente In Itinere [ ] — Enfermedad Profesional [ ] — Intercurrencia [ ]
Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: Fecha: 19/01/2023 Hora: 18:20
Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: 19/01/2023 Hora:
Fecha de primera atención médica: Fecha: 19/01/2023 Hora: 20:50

Descripción del motivo de consulta:
19/01 estaba trabajando y se apretó primer dedo mano derecha hábil con caño. Ayudante 22 años

Diagnóstico:
Trauma de mano derecha 1er dedo -hábil

Indicaciones / Tratamiento:
ra

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA [X]

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI [ ] NO [X]
Odontología [ ] Dermatología [ ] Psicoterapia [ ]
Fecha de próxima revisión: Fecha: 19/01/2023 Hora:
Recalificación profesional: SI [ ] NO [X]
Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 24/01/2023 Hora:
Fin de tratamiento: Fecha: 23/01/2023 Hora:
Motivo de cese de ILT:
Alta Médica [X]
Rechazo [ ]
Muerte [ ]
Fin de tratamiento [ ]
Por derivación [ ] Tipo de derivación
Afección incurable: SI [ ] NO [X]
Secuelas incapacitantes: SI [ ] NO [X]
Prestaciones de mantenimiento: SI [ ] NO [X]

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO [X]

Fin de tratamiento: Fecha: 23/01/2023 Hora:
Secuelas incapacitantes: SI [ ] NO [X]
Recalificación profesional: SI [ ] NO [X]
Prestaciones de mantenimiento: SI [ ] NO [X]

ALTA MEDICA: Si. 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.

FIN DE TRATAMIENTO: Si. Trabajador en caso de discrepancia con dicha 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 30 (treinta) días hábiles administrativos, a partir de la fecha de alta, ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral permanente.

Neuquén 23/01/23
Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

CRESPO VALERIA SANDRA
Medicina del Trabajo
M.N. 11.000

Firma y Sello Médico c/Nº de Matrícula