

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

ART: Expte -

SINIESTRO: 2100699

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Gregorio Jover CUIL / DNI N°: 23712821
 Fecha de Nacimiento: 23/11/74 Sexo: ☒ M ☐ F
 Provincia: Buenos Aires Nro.: 332 Piso: 2 Dpto.: Catriel
 Tel. Fijo: 2995560229 Tel. Fijo: DDN () - Tel. Movil: 2995560229

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: 603 CUIT: 603

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: Consultorio Rio Negro CUIT: 603
 Calle: 257 Nro.: 257 Piso: 2 Dpto.: Catriel
 Provincia: Buenos Aires Tel.: DDN () - Fax: 603
 Mail: 603

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☐ Accidente en Itinerario ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐
 Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: Fecha: 4/10/22 Hora: 10
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: 1/11/22 Hora: 10
 Fecha de primera atención médica: Fecha: 1/11/22 Hora: 10
 Descripción del motivo de consulta: lesionada con tendón de Pez angustia metacarpo 2º y 3º. Pez angustia

Diagnóstico:

Indicaciones / Tratamiento: Cerebro - RMN - Rx FKT -

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA

Tratamiento médico asistencial pendiente: Si ☐ NO ☒
 Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐
 Fecha de próxima revisión: Fecha: 1/11/22 Hora: 10
 Recalificación profesional: Si ☐ NO ☐
 Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 1/11/22 Hora: 10
 Fin de tratamiento: Fecha: 1/11/22 Hora: 10

Motivo de cese de ILT:

Alta Médica ☒

Rechazo: ☐

Muerte: ☐

Fin de tratamiento: ☐

Por 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, Ud. puede presentar dentro de los 5 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.

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

DUPICADO: TRABAJADOR

12/02/23

Firma y Activación del Trabajador

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO

Fin de tratamiento: Fecha: 1/11/22 Hora: 10

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.

ROSANA CAZORLA

MÉDICO M.P. N° 3749

Esp. Med. Laboral y E.A. N° 2212

M.P. R.N. 8357

Firma y Sello Médico c/Nº de Matr