

ART:
EXPERTA ART

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

N° de Sinistro: 2124366

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: SIFUENTES, RUBEN ALEJANDRO
Fecha de Nacimiento: 26/10/1974
Domicilio: D RAMON 2541
Provincia: NEUQUEN

Sexo: Hombre
Localidad: NEUQUEN
Tel Fijo: 2996326953

CUIL: 20-24071880-5

Tel Móvil:

DATOS DEL EMPLEADOR

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

CUIT: 30-70856254-5

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: POLAR - MEDICINA LABORAL

CUIT: 30-54617357-3

Domicilio: TUCUMAN 96

Localidad: NEUQUEN

Provincia: NEUQUEN

CP: 8300

Teléfono: (0299) 4474159

Mail: administracionpolar@policliniconeuquen.com.ar

R.G.A.: 18236

Fax:

Fecha R.G.A.:

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☒ Accidente In Itinere ☐

Enfermedad Profesional ☐

Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:

Fecha: 13/03/2023 Hora: 17:30

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Fecha: 13/03/2023 Hora:

Fecha de primera atención médica:

Fecha: 14/03/2023 Hora: 12:25

Descripción del motivo de consulta:

caída de altura traumatismo dorsal y en pierna derecha

Diagnóstico:

politraumatismo herida en pierna derecha

Indicaciones / Tratamiento:

aines, reposo control.

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 21/03/2023 Hora:

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 01/04/2023 Hora:

Fin de tratamiento: Fecha: 31/03/2023 Hora:

Motivo de cese de ILT:

Alta Médica: ☐

Rechazo: ☐

Muerte: ☐

Fin de tratamiento: ☐

Por derivación: ☐

Tipo de derivación:

Afección inculpa: 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: 31/03/2023 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.

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/N° de Matrícula