ART:

EXPERTA ART

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº de Siniestro: 2132558

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: FUENSALIDA, HUGO PABLO
Fecha de Nacimiento: 22/09/1981 — CUIL: 20-28704545-7
Sexo: Hombre
Domicilio: BARRIO TOMA ESFUERZO MZA 5 LOTE 10 CALLE — Localidad: NEUQUEN
Provincia: NEUQUEN — CP: 8300 — Tel Fijo: 2994086229 — 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 — CUIT: 30-54617357-3
Domicilio: TUCUMAN 96
Localidad: NEUQUEN
Provincia: NEUQUEN — CP: 8300 — Teléfono: (0299) 4474159 — Fax:
Mail: administracionpolar@policliniconeuquen.com.ar — R.G.A.: 18915 — Fecha R.G.A.: 06/05/2023

DESCRIPCION DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo [X] — Accidente in Itinere [ ] — Enfermedad Profesional [ ] — Intercurrencia [ ]

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante	Fecha: 05/05/2023	Hora: 18:58
Fecha de inicio de la inasistencia laboral	Fecha: 05/05/2023	Hora:
Fecha de primera atención medica	Fecha: 06/05/2023	Hora: 20:40

Descripción del motivo de consulta

05/05 salía de su trabajo en bicicleta a las 18.58 y un auto abrió la puerta provocando herida en mano derecha hábil. PBP 42 años. Antigüedad 6 años.

Diagnóstico

Herida en mano derecha hábil 3er dedo -

Indicaciones / Tratamiento

rx

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA [X]

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI [ ] NO [X]
Odontología [ ] Dermatología [ ] Psicoterapia [ ]
Fecha de próxima revisión: Fecha: 11/05/2023 Hora:
Recalificación profesional: SI [ ] NO [X]
Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 18/05/2023 Hora:
Fin de tratamiento: Fecha: 17/05/2023 Hora:
Motivo de cese de ILT:
- Alta Médica [X]
- Rechazo [ ]
- Muerte [ ]
- Fin de tratamiento [ ]
- Por derivación [ ] Tipo de derivación:

Afección inculpable: SI [ ] NO [X]
Secuelas incapacitantes: SI [ ] NO [X]
Prestaciones de mantenimiento: SI [ ] NO [X]

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO [X]

Fin de tratamiento: Fecha: 17/05/2023 Hora:
Secuelas incapacitantes: SI [ ] NO [X]
Recalificación profesional: SI [ ] NO [X]
Prestaciones de mantenimiento: SI [ ] NO [X]

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica — Firma y Aclaración del Trabajador — Firma y Sello Médico c/Nº de Matrícula