

ART: ES-RTACONSTANCIA DE
ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTON° DE SINIESTRO: 21306199

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Real Marcos Lorenzo CUIL / DNI N° 23.43558
Fecha de Nacimiento: 10/12/73 Sexo: M ☒ F ☐
Calle: San Martín Nro: 210 Piso: 1 Depto: La Rioja Localidad: 25 de Mayo
Provincia: La Rioja CP: 8201 Tel. Fijo: DDN Tel. Móvil: 0 21315-4556325

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: GOS CUIT: 33740253418

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: Hospital de la Rioja CUIT: 33740253418
Calle: San Martín Nro: 210 Piso: 1 Depto: La Rioja Localidad: 25 de Mayo
Provincia: La Rioja CP: 8201 Tel. Fijo: DDN Tel. Móvil: 0 21315-4556325
Mail: Karina.Martinez@ospepi.org.ar

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☒ Accidente in itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐
Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: 24/04/23 Hora: 14:00
Fecha de inicio de la inasistencia laboral: 24/04/23 Hora: 14:00
Fecha de primera atención médica: 24/04/23 Hora: 14:00
Descripción del motivo de consulta: Grietas en hgo AB 3 en el brazo ly

Diagnóstico: Grietas en hgo AB 3 en el brazo ly

Indicaciones / Tratamiento:

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☐

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☐
Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐
Fecha de próxima revisión: 25/05/23 Hora: 14:00
Recalificación profesional: SI ☐ NO ☐
Fecha de retorno al trabajo: 25/05/23 Hora: 14:00
Fin de tratamiento: 24/05/23 Hora: 14:00
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 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 24/05/23 Hora: 14:00
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.

Cabriel 24.05.23
Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula

ROTH TEJEDOR, J. CELANI
Médico Cirujano
MP RN 4335 - MP NQN 6068
Médico Laboral
MP NQN 2198 - MP RN 503