

ART: EXPERTON° DE SINIESTRO: 2143655CONSTANCIA DE
ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Domínguez Miguel Alejandro CUIL / DNI N°: 90 857946
Fecha de Nacimiento: 24/04/1985 Sexo: M ☒ F ☐
Calle: Las Flores Nro: 684 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: Cabriel
Provincia: Rio Negro CP: 9307 Tel. Fijo: DDN() _____ Tel. Móvil: 02945-5813137

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: Green del Service CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: Medicina Laboral CUIT: 3371025249
Calle: San Martín Nro: 210 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: Cabriel
Provincia: Rio Negro CP: 8307 Tel. DDN() _____ Fax: _____
Mail: kevin.compani@ospepi.org.ar

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☒ Accidente in itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐
Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: 21/04/22 Hora: _____
Fecha de inicio de la inasistencia laboral: 21/04/22 Hora: _____
Fecha de primera atención médica: 21/04/22 Hora: _____
Descripción del motivo de consulta: Demencia Baka

Diagnóstico: Demencia Baka

Indicaciones / Tratamiento: _____

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒
Neurología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐
Fecha de próxima revisión: 21/04/22 Hora: _____
Recaída profesional: SI ☐ NO ☒
Fecha de recaída profesional: 21/04/22 Hora: _____
Fin de tratamiento: 21/04/22 Hora: _____
Motivo de cese de I.T.:
Alta Médica: ☒
Rechazo: ☐
Muerte: ☐
Fin de tratamiento: ☐
Por derivación: ☐ Tipo de derivación: _____
Afección inculpada: SI ☐ NO ☒

Secuelas incapacitantes: SI ☐ NO ☒
Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

ALTA MÉDICA. 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.

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☐Fin de tratamiento: Fecha: 31/04/22 Hora: _____Secuelas incapacitantes: SI ☐ NO ☒Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

FIN DE TRATAMIENTO. Si 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 J.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 31/04/22
Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Miguel A. Arrieta
Firma y Aclaración del Trabajador

ROSA TEJEDOR J. ORLANDO
Médico Ocupacional
MP RN 4335 - MP C.O. 0200
Médico Laboral
MP RN 3180 - MP RN 621
Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula



Clínica de Ojos Santa Lucía

Clinica y Cirugia Ocular - Alta complejidad

Roca 749 - Tel. 4774600 / 4782981 - 8324 Cipolletti (R.N.)

Rep/.

Anoeta
Miguel.

30.852.946

Alta oftalmológica

Dr. GERMAN E. FOUGA
MEDICO OFTALMOLOGO
M.P.R.N. 3901 - M. Esp. 826
M.P.Nqn. 3841 - M. Esp. 2412

31/5/23