

ART: ParacetamolCONSTANCIA DE ALTA MEDICA /
FIN DE TRATAMIENTON° DE SINIESTRO: 2 659109

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellido: María Alejandra CUIL / DNI N°: 91 471072
Fecha de Nacimiento: 29/01/79 Sexo: M ☐ F ☒ Localidad: UG
Calle: Cuervo 27 Nro: 12 Piso: _____ Depto: _____ Tel. Móvil: 0 _____ -15- _____
Provincia: BA CP: _____ Tel. Fijo: DDN(_____)- _____

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: Grupo del Sur CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: Hospital de Urgencias
Calle: _____ Nro: _____ Piso: _____ Depto: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ CP: _____ Tel. DDN(_____)- _____ Fax: _____
Mail: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

Accidente de trabajo ☒ Accidente in itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐
Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: Fecha: 21/01/23 Hora: _____
Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: 21/01/23 Hora: _____
Fecha de primera atención médica: Fecha: 21/01/23 Hora: _____
Descripción del motivo de consulta: to de la Alta de Accidente de trabajoDiagnóstico: Lesión de tendónIndicaciones / Tratamiento: curapo Anal DAACONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒
Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐
Fecha de próxima revisión: Fecha: 1/1 Hora: _____
Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒
Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 29/01/23 Hora: _____
Fin de Tratamiento: Fecha: 29/01/23 Hora: _____
Motivo de cese de ILT:
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 esta decisión, usted puede presentarse dentro de los (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: ____/____/____ 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 ART/EA le informará, dentro de los próximos 20 (veinte) días hábiles, de la incapacidad laboral permanente, audiencia ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral permanente.

LUGAR Y FECHA DE LA ASISTENCIA MÉDICA

FIRMA Y ACRÉDITACIÓN DEL TRABAJADOR

FIRMA Y ACRÉDITACIÓN DEL PRESTADOR

DR. SCHOUA CLAUDIO
M.P. MEDICO LEGISTA
M. ESP. 637
M. ESP. 4377