

ART: Reservación

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

N° DE SINIESTRO: _____

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Julio / Loscelo CUIL / DNI N°: 41811072
Fecha de Nacimiento: 30/06/89 Sexo: M ☒ F ☐
Calle: Av. 14 de Julio Nro: 5273 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: LA PLATA
Provincia: BUENOS AIRES CP: 1900 Tel. Fijo: DDN(____) - _____ Tel. Móvil: 098-15-125978

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: BAEEN OIL CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: BAEEN OIL CUIT: _____
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: 16/5/24 Hora: _____

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: ____/____/____ Hora: ____/____/____

Fecha de primera atención médica: Fecha: ____/____/____ Hora: ____/____/____

Descripción del motivo de consulta: Apurando el trámite de su licencia
Acute en dolor en la mano izquierda

Diagnóstico: Neuralgia

Indicaciones / Tratamiento: Tx DAIN AINES Frot

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: ____/____/____ Hora: ____/____/____

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 24/5/24 Hora: ____/____/____

Fin de Tratamiento: Fecha: 24/5/24 Hora: ____/____/____

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, Ud. 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: ____/____/____ 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: 24/5/24

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TRABAJADOR: _____

FIRMA Y SELLO MÉDICO C/N° de Matricula

ARIEL G. JARA
MÉDICO
Esp. Medicina del Trabajo
M. P. Nqn. 6315 - M. Esp. 3876