

ART: ProcesoCONSTANCIA DE ALTA MÉDICA /
FIN DE TRATAMIENTON° DE SINIESTRO: 277 2455

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: SandozFecha de Nacimiento: 21/12/82Sexo: M ☒ F ☐Calle: San CarlosNro: 10Piso: 1Depto: San CarlosLocalidad: San CarlosProvincia: San CarlosCP: 1000Tel. Fijo: DDN(0355)Tel. Móvil: 0 15

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: San CarlosCUIT: 305543127

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: San CarlosCUIT: 305543127Calle: San CarlosNro: 10Piso: 1Depto: San CarlosLocalidad: San CarlosProvincia: San CarlosCP: 1000Tel.: DDN(0355)Fax: 0355

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

Accidente de trabajo ☒Accidente In Itinere ☐Enfermedad Profesional ☐Intercurrencia ☐Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: 21/12/82Fecha: 21/12/82 Hora: 10Fecha de inicio de la inasistencia laboral: 21/12/82Fecha: 21/12/82 Hora: 10Fecha de primera atención médica: 21/12/82Fecha: 21/12/82 Hora: 10Descripción del motivo de consulta: Lesión en la mano derechaDiagnóstico: Lesión en la mano derechaIndicaciones / Tratamiento: AnalgésicosCONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒Especialidad: ☐ Otorrinolaringología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐Fecha de próxima revisión: Fecha: 21/12/82 Hora: 10Rehabilitación profesional: SI ☐ NO ☒Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 21/12/82 Hora: 10Fecha de fin de tratamiento: Fecha: 21/12/82 Hora: 10Tipo de cese de ILT: ☐Alta Médica: ☒Rechazo: ☐Fuerte: ☐Fin de tratamiento: ☐Por derivación: ☐Tipo de derivación: ☐Afección inculpada SI ☐ NO ☒Lesiones incapacitantes: SI ☐ NO ☒Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

NOTA: Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con el alta médica otorgada, Ud. deberá 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 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: 21/12/82 Hora: 10Secuelas 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 ART/EA 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.

FIRMA Y FECHA DE LA ASISTENCIA MÉDICA: 21/12/82FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TRABAJADOR: San CarlosFIRMA Y SELLO MÉDICO C/N° de Matr.
DR. SCHOUA CLAUDIO
MÉDICO LABORAL Y LEGISTA
M.P. MÉDICO :1377
M.ESP. MÉDICO LABORAL N° 636
M. ESP. 637