

ART: Reserva AM

CONSTANCIA DE
ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

N° DE SINIESTRO: _____

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Reydon Jent CUIL / DNI N° 35865180
Fecha de Nacimiento: 29/05/91 Sexo: M ☒ F ☐
Calle: Chile Nro: 169 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: Cutral
Provincia: Mendoza CP: 5307 Tel. Fijo: DDN()- _____ Tel. Móvil: 0 281-15-5719 963

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: Gos. CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: Alma / Merceda JOP CUIT: _____
Calle: Ros Nro: 446 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: Cutral
Provincia: Mendoza CP: 5307 Tel.: DDN(281)- 4812830 Fax: _____
Mail: Alma.horta@comem.04-2

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☒ Accidente Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐
Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: 28/05/21 Hora: _____
Fecha de inicio de la inasistencia laboral: 28/05/21 Hora: _____
Fecha de primera atención médica: 28/05/21 Hora: _____
Descripción del motivo de consulta: 2da Injury

Diagnóstico: 2da Injury

Indicaciones / Tratamiento: _____

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒
Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐
Fecha de próxima revisión: 1/6 Hora: _____
Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒
Fecha de retorno al trabajo: 06/06/21 Hora: _____
Fin de tratamiento: 01/06/21 Hora: _____
Motivo de cese de ILT:
Alta Médica: ☒
Rechazo: ☐
Muerte: ☐
Fin de tratamiento: ☐
Por derivación: ☐ Tipo de derivación: O. Leisl
Afección inculpada 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: 01/06/21 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.

Cutral 05.06.2021
Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Medico Jent
Firma y Aclaración del Trabajador

ROTH TEODOR J. ORLANDO
Médico Cirujano
M.P.R.N. 4335 - M.P. NQN. 6068
Médico Laboral
M.P. NQN. 2196 - M.P.R.N. 583
Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula

