

ART: Provenien

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

N° DE SINIESTRO: 2859210

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Gonzalo HERNANDEZ CUIL / DNI N°: 3549385
Fecha de Nacimiento: 12/02/91 Sexo: M ☒ F ☐
Calle: Vivero Ravi Nro: 3760 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: Platón
Provincia: Nº CP: 8516 Tel. Fijo: DDN(____) - _____ Tel. Móvil: 0 298-15- 516493

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: GREEN OIL CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: FC CUIT: _____
Calle: Father John Nro: 252 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: Nº
Provincia: Nº CP: 8500 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: 13/05/25 Hora: _____

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: 13/05/25 Hora: _____

Fecha de primera atención médica: Fecha: 13/05/25 Hora: _____

Descripción del motivo de consulta: Se cae una caja, el compañero le golpea en la cabeza con una mano

Diagnóstico: Fo FC pregonice

Indicaciones / Tratamiento: Ro Mor FH

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: 13/06/25 Hora: ____

Fin de Tratamiento: Fecha: 12/06/25 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.

ZUÑIGA MARCELO C.
MÉDICO CIRUJANO
Mat. Nqn. 6241
Esp. Medicina del Trabajo
M.P. N° 3452

LUGAR Y FECHA DE LA ASISTENCIA MÉDICA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TRABAJADOR

FIRMA Y SELLO MÉDICO C/N° de Matricula