

ART: Permanencia

## CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

N° DE SINIESTRO: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Zeballos Gato CUIL / DNI N°: 22545827  
Fecha de Nacimiento: 22/2/72 Sexo: M ☒ F ☐  
Calle: De la Plata y Beltrán Nro: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ Localidad: La N  
Provincia: La N CP: 8400 Tel. Fijo: DDN(\_\_\_\_\_) Tel. Móvil: 0 2645-16597020

### DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: GOS CUIT: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: ABC 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: 04/2/25 Hora: 10:30h

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

Fecha de primera atención médica: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

Descripción del motivo de consulta: Alto laboral del trabajador para ser tratado por el Dr. Zeballos Gato en su consultorio particular

Diagnóstico: Espondiloartritis

Indicaciones / Tratamiento: Rx TRAM AINES FORT

### 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: 25/6/25 Hora: \_\_\_\_  
Fin de Tratamiento: Fecha: 25/6/25 Hora: \_\_\_\_

Motivo de cese de iT

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: Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con el alta médica otorgada, Ud. puede presentarse dentro de los (treinta) 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 ART/EA le informará, dentro de los próximos 30 (veinte) días hábiles, la fecha de asistencia ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral permanente.

La N 25/6/25  
LUGAR Y FECHA DE LA ASISTENCIA MÉDICA

Zeballos Gato  
FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TRABAJADOR

ARIEL G. JARA  
FIRMA Y SELLO MÉDICO C/N° de Matrícula  
Exp. Medicina del Trabajo  
N° 6315 - M. Exp. 3876