

Aseguradora: Prevencion Art
Código SRT:

N° Sinistro A.R.T.: 2869236

N° Sinistro: 477944
Del: 04/06/2025

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombres: TECHERA, RUBEN ALBERTO (00328865) C.U.I.L.: 20-31134533-9 Documento: 31134533
Fecha de Nacimiento: 15/11/1984 Sexo Biológico: Masculino
Calle: Metileo y Perera Nro: 99 Localidad: 25 De Mayo
Provincia: La Pampa C.P.: 8201 Tel. Fijo: 0299-154114118 Tel. Móvil: 0299-154114118

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la empresa: GREEN OIL SERVICES SA (EX ADDPER SERVICE SRL) C.U.I.T.: 30-70858254-5
Calle: Av. CONQUISTADOR Nro: 2450 Tel: 0299-4413598
Localidad: Neuquen Provincia: Neuquen C.P.: 8300

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: CENTRO MEDICO LABORAL GRAL ROCA C.U.I.T.: 30-68436191-7
Calle: Av. Roca Nro: 1104 Localidad: General Roca
Provincia: Rio Negro C.P.: 8332 Tel: 0298-4425900 Fax:
Email:

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo: ☐ Accidente en Itinere: ☐ Enfermedad Profesional: ☐ Intercurrencia: ☐
Fecha de accidente / Primera manifestación invalidante: 04/06/2025 Hora: 13:00
Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Hora:
Fecha de primera atención médica: Hora:
Diagnóstico: S66.1 - LESION DE TENDONES DE OTROS DEDOS
Descripción del motivo de consulta: esguince de dedo meñique izquierdo
Indicaciones / Tratamiento: Paciente recibió tto médico + tto traumatológico + tto kinesiológico + rmn de mano izq y rx de mano izq. Movilidad completa de dedo meñique izquierdo, se indica alta laboral.

CONSTANCIA ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: Si ☐ No ☒
Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐
Fecha de Proxima Revisión: Hora:
Recalificación profesional: Si ☐ No ☒
Fecha de retorno al trabajo: 21/08/2025 Hora: 09:39
Fin de tratamiento: 21/08/2025 Hora: 09:39
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 ☒
El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico: Si ☐ No ☒
El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I del Anexo II de la Resolución SRT N° 886/17, modificado por la Resolución SRT N° 3/21: Si ☐ No ☒

CONSTANCIA FIN DE TRATAMIENTO ☐

Fin de tratamiento:
Secuelas incapacitantes: Si ☐ No ☐
Recalificación profesional: Si ☐ No ☐
Prestaciones de mantenimiento: Si ☐ No ☐
El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico: Si ☐ No ☐
El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I del Anexo II de la Resolución SRT N° 886/17, modificado por la Resolución SRT N° 3/21: Si ☐ No ☐

ALTA MÉDICA: Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con el Alta Médica, Usted puede iniciar un trámite dentro de los CINCO (5) días hábiles ante la Comisión Médica correspondiente. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas podrá consultarlos en el sitio de internet de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (www.srt.gob.ar). FIN DE TRATAMIENTO: Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con esta decisión, Usted puede iniciar un trámite ante la Comisión Médica correspondiente. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas podrá consultarlos en el sitio de internet de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (www.srt.gob.ar). 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.

General Roca 21/08/2025
Lugar y Fecha

TECHERA, RUBEN ALBERTO
Doc. 31134533

FLAVIA GOMEZ
Esp. CLINICA (9445)