

# ART: www.102

## CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

N° DE SINIESTRO: 3044734

### DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Boylet Luis CUIL / DNI N° 26402370  
Fecha de Nacimiento: 25/01/1978 Sexo: M ☒ F ☐  
Calle: 720 G.B. CAYAC LAPA Nro. 3706 Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ Localidad: S.P. CUAIAZ  
Provincia: 1400 CP: 8200 Tel. Fijo: DDN( )- \_\_\_\_\_ Tel. Móvil: 0201-15-5108890

### DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: CINCO AL SERVICIO CUIT: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: TAC CUIT: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_ Nro: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Tel.: DDN( )- \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Mail: \_\_\_\_\_

### DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☒ Accidente In Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: Fecha: 26/08/26 Hora: 14:15

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: 26/08/26 Hora: 22:00

Fecha de primera atención médica: Fecha: 26/08/26 Hora: 22:00

Descripción del motivo de consulta: Accidente cuando estaba cortando

de la mano izquierda

Diagnóstico: traumatismo con fractura costal

Indicaciones / Tratamiento: ANALGÉSICOS

### 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: 11/09/26 Hora: 08:00

Fin de tratamiento: Fecha: 12/09/26 Hora: 18:00

Motivo de cese de ILT:

Alta Médica: ☒

Rechazo: ☒

Muerte: ☐

Fin de tratamiento: ☐

Por derivación: ☐

Afección inculpada SI ☐ NO ☒

Secuelas incapacitantes: SI ☐ NO ☒

Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, de conformidad con lo establecido por la resolución SRT N° 8 de fecha 28 de enero de 2026 o la que en el futuro la reemplace SI ☐ NO ☒

El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido por la resolución SRT N° 7 de fecha 28 de enero de 2026 o la que en el futuro la reemplace 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](http://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.

### CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☐

Fin de tratamiento: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

Secuelas incapacitantes: SI ☐ NO ☐

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☐

Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☐

El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, de conformidad con lo establecido por la resolución SRT N° 8 de fecha 28 de enero de 2026 o la que en el futuro la reemplace SI ☐ NO ☐

El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido por la resolución SRT N° 7 de fecha 28 de enero de 2026 o la que en el futuro la reemplace SI ☐ NO ☐

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](http://www.srt.gob.ar))

Dante G. Rodríguez

Médico  
MPRN 5656 - MPNQN 9806  
MEDICINA LABORAL

Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador