

ART: Prevención

CONSTANCIA DE
ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

N° DE SINIESTRO: 3057310

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Perez Tomas CUIL / DNI N° 41348004
Fecha de Nacimiento: 19/06/78 Sexo: M ☒ F ☐
Calle: Stefanelli Nro: 1143 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: N9J
Provincia: N9J CP: 8300 Tel. Fijo: DDN(____) _____ Tel. Móvil: 029425 662416

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: Green Oil CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: ATC CUIT: _____
Calle: Fotherham Nro: 256 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: N9J
Provincia: N9J CP: 8300 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: 22/08/26 Hora: _____

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

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

Descripción del motivo de consulta: Después de un golpe se le cae un cono golpeado

Diagnóstico: TEC SLC

Indicaciones / Tratamiento: TAC ATC 6mn

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 1/10/26 Hora: _____

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 05/10/26 Hora: _____

Fin de tratamiento: Fecha: 05/10/26 Hora: _____

Motivo de cese de ILT:

Alta Médica: ☒
Rechazo: ☐
Muerte: ☐
Fin de tratamiento: ☐
Por derivación: ☐ Tipo de derivación: _____
Afección inculpa 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)

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)

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 inicio de la incapacidad laboral permanente.

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/ N° de Matricula

ZUNIGA MARCELO O.
Médico Cirujano
M.A. N° 6243
Exp. Matricula del Trabajo
N° 6243