

ART: QBEART

N° DE SINIESTRO: 932057

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: SCHIRO Dorio CUIL / DNI N° 2385268
Fecha de Nacimiento: 11/6/79 Sexo: M ☒ F ☐
Calle: Leguizamón Nro: 312 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: Neuquén
Provincia: Neuquén CP: 8300 Tel. Fijo: DDN(____) Tel. Móvil: 0 -15-4663641

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: oil NDD per services CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: TRAUMATOLOGÍA DEL COMAHUE CUIT: 30-70785977-2
Calle: FOTHERINGHAM Nro: 852 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: Neuquén
Provincia: Neuquén CP: 8300 Tel.: DDN(____) 4489393 Fax: _____
Mail: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☒ Accidente In Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐
Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: 28/8/15 Hora: 1030
Fecha de Inicio de la inasistencia laboral: 28/8/15 Hora: _____
Fecha de primera atención médica: 31/8/15 Hora: _____
Descripción del motivo de consulta: Desarmando una bomba con una mano golpeo el dedo índice de mano derecha.

Diagnóstico: IX dedo índice INMUE Dolorido

Indicaciones / Tratamiento: Rx - Analg.

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒
Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐
Fecha de próxima revisión: 1/9/15 Hora: _____
Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒
Fecha de retorno al trabajo: 15/9/15 Hora: _____
Fin de tratamiento: 14/9/15 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 ☒

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☒

Fin de tratamiento: Fecha: 14/9/15 Hora: _____
Secuelas incapacitantes: SI ☐ NO ☒
Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒
Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

ALTA MÉDICA: Sr. Trabajador en caso de discrepancia con el alta médica otorgada, usted 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.

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.

Neuq. 14/9/15
Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

SCHIRO
Firma y Aclaración del Trabajador

MERINO LAURA
Médica Esp. en Medicina del Trabajo
P.Esp. Neuq. 3007 - M.P. Esp. R.N. 445
Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula