

ART: 03E

N° DE SINIESTRO: 931837

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Uribe Emilio Gabriel CUIL / DNI N° 20-23214551-0
Fecha de Nacimiento: 23/4/73 Sexo: M ☒ F ☐
Calle: Av. Rocca Nro: 848 Piso: - Depto: - Localidad: Cotriel
Provincia: Pionegro CP: 8302 Tel. Fijo: DDN(0299) - 4911670 Tel. Móvil: 0299-15-624-1194

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: Oil Addper Service SRL CUIT: 3070858251-5

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: Centro de medicina laboral CUIT: -
Calle: Av. San Martín Nro: 210 Piso: - Depto: - Localidad: Cotriel
Provincia: Pionegro CP: 8302 Tel.: DDN(0299) - 4911770 Fax: 4911110
Mail: a.huerta@odme.com.ar

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

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

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

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: 26/08/15 Hora: -

Fecha de primera atención médica: 26/08/15 Hora: -

Descripción del motivo de consulta: la deb Mayor 12

Diagnóstico: la deb Mayor 12

Indicaciones / Tratamiento: -

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☐

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: - Hora: -

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☐

Fecha de retorno al trabajo: 11/09/15 Hora: -

Fin de tratamiento: 10/09/15 Hora: -

Motivo de cese de IT:

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 ☒

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.

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☐

Fin de tratamiento: Fecha: 10/09/15 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 / 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.

10/09/15
Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Uribe Emilio Gabriel
Firma y Aclaración del Trabajador

ROTH TEJEDOR J
Especialista en Medicina Laboral
MRT N° 151 255 1-3
Firma y Sello Médico o N° de Matricula