

ART: QBE (EX CNA ART)

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº de Siniestro: 933896

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: CORIA, JUAN ANGEL GABRIEL

CUIL: 20-30231877-9

Fecha de Nacimiento: 21/06/1983

Sexo: Hombre

Domicilio: PRIMEROS POBLADORES 128

Localidad: CENTENARIO

Provincia: NEUQUEN

CP: 8309

Tel.Fijo: 2994727917

Tel.Móvil:

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: OIL ADDPER SERVICE SRL

CUIT: 30-70858254-5

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: POLAR - MEDICINA LABORAL

CUIT: 30-54617357-3

Domicilio: TUCUMAN 96

Localidad: NEUQUEN

Provincia: NEUQUEN

CP: 8300

Teléfono: (0299) 4474159

Fax:

Mail: administracionpolar@policliniconeuquen.com.ar

R.G.A.: 397532

Fecha R.G.A.: 18/09/2015

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☒

Accidente In Itinere ☐

Enfermedad Profesional ☐

Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:

Fecha: 18/09/2015 Hora: 11:00

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Fecha: 18/09/2015 Hora:

Fecha de primera atención médica:

Fecha: 18/09/2015 Hora: 11:35

Descripción del motivo de consulta:

PUESTO: SOLDADOR.. ACC. 18/09/15. ESTABA TRABAJANDO (CON EPP), SOLDANDO CAÑOS DE 2 PULGADAS, SUFRE APLASTAMIENTO DE MANO IZQUIERDA (NO HABIL), COMPROMETIENDO PRINCIPALMENTE 4º DEDO DE DICHA MANO.

Diagnóstico:

TRAUMATISMO POR APLASTAMIENTO DE 4º DEDO DE MANO IZQUIERDA (NO HABIL)

Indicaciones / Tratamiento:

RX- FKT

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 11/11/2015 Hora:

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 26/11/2015 Hora:

Fin de tratamiento: Fecha: 25/11/2015 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 ☒

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.

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☒

Fin de tratamiento: Fecha: 25/11/2015 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 éste

now 15/11/15

Firma y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/Nº de Matrícula

Dr. Griselda Saulino
MEDICINA DEL TRABAJO
Nº 3423 - M.E. 2199