

ART: _____

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

N° DE SINIESTRO: _____

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Crossetto Mario CUIL / DNI N° 13075630
Fecha de Nacimiento: / / Sexo: M ☐ F ☐
Calle: Nro: Piso: Depto: Localidad:
Provincia: CP: Tel. Fijo: DDN()- Tel. Móvil: 011-15-

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: CUIT:

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: 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: 10/03/15 Hora:
Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: / / Hora:
Fecha de primera atención médica: Fecha: 10/03/15 Hora:
Descripción del motivo de consulta:

Diagnóstico: Dorsalgia Dorsal L3. -

Indicaciones / Tratamiento:

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: 07/05/15 Hora:
Fin de tratamiento: Fecha: 06/05/15 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 ☐

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: 06/05/15 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.

 Fernández
N. 256