

# CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

## ART : EXPERIENCIA

N° DE SINIESTRO: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: GAGLIO LUIS JAVIER CUIL / DNI N° 36256993  
Fecha de Nacimiento: 25/02/91 Sexo: M ☒ F ☐  
Calle: IGNACIO RIVAS Nro: 740 Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ Localidad: NEUQUEN  
Provincia: NEUQUEN CP: 8300 Tel. Fijo: DDN(\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ Tel. Móvil: 0299-15-6123075

### DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la EMPRESA : GRUPO OAS CUIT: 30-71434263-7

### DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: PREVENIR SA CUIT: 30-69789119-2  
Calle: GOB. DENIS Nro: 454 Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ Localidad: NEUQUEN  
Provincia: NEUQUEN CP: 8300 Tel.: DDN( 299 ) - 44252223 Fax: \_\_\_\_\_  
Mail: \_\_\_\_\_

### DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

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

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: Fecha: 20/04/16 Hora: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: 29/04/16 Hora: \_\_\_\_\_

Fecha de primera atención médica: Fecha: 20/04/16 Hora: \_\_\_\_\_

Descripción del motivo de consulta: LUEGO DE APALEAR DURANTE VARIAS HORAS COMENZO CON DOLOR EN REGION DORSOLUMBAR

Diagnóstico: DORSOLUMBALGIA

Indicaciones / Tratamiento: AINE

### CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

### CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☐

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: 26/04/16 Hora: \_\_\_\_\_

Fin de tratamiento: Fecha: 25/04/16 Hora: \_\_\_\_\_

Motivo de cese de ILT:

Alta Médica: ☒

Rechazo: ☐

Muerte: ☐

Fin de tratamiento: ☒

Por derivación: ☐ Tipo de derivación: \_\_\_\_\_

Afección inculpada 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.

Fin de tratamiento: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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.

NEUQUEN, 25 DE ABRIL DE 2016

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula

Dr. ALICIA E. OBIOL  
MEDICINA DEL TRABAJO  
M.P.N. 910 - M.P.Nqn. 996  
R.P. Subsec. Trabajo 101