

ART:

EXPERIENCIA ART SA (QBE ART)

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº de Siniestro: 953958

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: FUENSALIDA, HUGO PABLO

CUIL: 20-28704645-7

Fecha de Nacimiento: 22/09/1981

Sexo: Hombre

Domicilio: BARRIO TOMA ESFUERZO MZA 5 LOTE 10

Localidad: NEUQUEN

Provincia: NEUQUEN

CP: 8300

Tel.Fijo: 2994088229

Tel.Móvil:

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: GRUPO OAS

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.: 411575

Fecha R.G.A.: 29/07/2016

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☒

Accidente In Itinere ☐

Enfermedad Profesional ☐

Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:

Fecha: 28/07/2016 Hora: 17:00

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Fecha: 29/07/2016 Hora:

Fecha de primera atención médica:

Fecha: 29/07/2016 Hora: 16:36

Descripción del motivo de consulta:

28/07/16. REFIERE QUE LE ENTRÓ CUERPO EXTRAÑO (ESQUIRRA DE AMOLADORA) EN OJO DERECHO, UTILIZABA EPP (LENTE DE PROTECCION).

Diagnóstico:

CUERPO EXTRAÑO OJO DERECHO

Indicaciones / Tratamiento:

IC CON OFTALMOLOGIA.

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 01/08/2016 Hora:

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 04/08/2016 Hora:

Fin de tratamiento: Fecha: 03/08/2016 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: 03/08/2016 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.

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

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/Nº de Matrícula

JORGE LUIS RAMON
MAT. PROF. 930
MEDICO DEL TRABAJO
M.P. 932