

ART: EXPERTA ART

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº de Sinistro: 954875

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: GORDO, CRISTIAN MARCELO

CUIL: 20-35147822-6

Fecha de Nacimiento: 15/06/1990

Sexo: Hombre

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

CP:

Tel.Fijo: 15455559

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.: 412918

Fecha R.G.A.:

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☒

Accidente In Itinere ☐

Enfermedad Profesional ☐

Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:

Fecha: 15/08/2016

Hora: 11:00

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Fecha: 16/08/2016

Hora:

Fecha de primera atención médica:

Fecha: 16/08/2016

Hora: 08:50

Descripción del motivo de consulta:

15/8 estaba trabajando y le entro cuerpo extraño en ojo derecho

Diagnóstico:

cuerpo extraño en ojo derecho

Indicaciones / Tratamiento:

ic oftalmologia

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 16/08/2016 Hora:

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 17/08/2016 Hora:

Fin de tratamiento: Fecha: 16/08/2016 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 ☒

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: 16/08/2016 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

Marisol Crespo Salerno
MEDICA
Esp. Medicina del Trabajo
M.P.Nqn. 3005

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/Nº de Matrícula