

ART:
EXPERIENCIA ART SA
(QBE ART)

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA
/ FIN DE TRATAMIENTO

Nº de Siniestro: 957929

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: CAMPOS, IMEL
Fecha de Nacimiento: 29/11/1986
Domicilio: TIRA P DX 02 Bº JORGE AGUILA
Provincia: NEUQUEN
Sexo: Hombre
Localidad: PLOTTIER
Tel.Fijo: 2984-15366403
CUIL: 20-32485411-9
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
Domicilio: TUCUMAN 96
Provincia: NEUQUEN
Mail: administracionpolar@policliniconeuquen.com.ar
Localidad: NEUQUEN
Teléfono: (0299) 4474159
R.G.A.: 418968
Fax:
Fecha R.G.A.: 05/10/2016
CUIT: 30-54617357-3

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☒ Accidente In Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐
Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: Fecha: 05/10/2016 Hora: 09:30
Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: 05/10/2016 Hora:
Fecha de primera atención médica: Fecha: 05/10/2016 Hora: 09:58

Descripción del motivo de consulta:

5/10 estaba cepillando con mola y la misma le golpea en rostro

Diagnóstico:

Traumatismo y herida superficial en labio superior

Indicaciones / Tratamiento:

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒
Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐
Fecha de próxima revisión: Fecha: 06/10/2016 Hora:
Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒
Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 08/10/2016 Hora:
Fin de tratamiento: Fecha: 07/10/2016 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: 07/10/2016 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.
Los datos de contacto de las Comisiones Médicas y de las ART están al dorso de este formulario.

FIN DE TRATAMIENTO: Sr. Trabajador en caso de discrepancia con ésta 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.

En caso de existir secuelas incapacitantes resultantes del siniestro, la A.R.T./E.A. le informará dentro de los próximos 20 (veinte) días hábiles administrativos, la fecha de audiencia ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral permanente.

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/Nº de Matrícula

Marisol Crespo Salerno
MEDICA
Esp. Medicina del Trabajo
M.P.Nqn. 2005