

ART: Expte

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

N° DE SINIESTRO: _____

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Gonzalez Joven CUIL / DNI N° 23712871
Fecha de Nacimiento: / / / Sexo: M ☐ F ☐
Calle: _____ Nro: _____ Piso: * _____ Depto: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ CP: _____ Tel. Fijo: DDN(_____) - _____ Tel. Móvil: 0 _____ -15- _____

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: O.A.S. CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: Clinica Maternal Central CUIT: _____
Calle: _____ Nro: _____ Piso: _____ Depto: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ CP: _____ Tel.: DDN(_____) - _____ Fax: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☒ Accidente In Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐
Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: Fecha: 10/02/17 Hora: _____
Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: / / / Hora: _____
Fecha de primera atención médica: Fecha: 10/02/17 Hora: _____
Descripción del motivo de consulta: _____

Diagnóstico: lumbalgia post-esfuerzo

Indicaciones / Tratamiento: ATRE RNN. FKT (20 sesiones)
La enfermedad es curable: debe continuar Hto x O.S.

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: 17/03/17 Hora: _____
Fin de tratamiento: Fecha: 16/03/17 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.

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☐

Fin de tratamiento: Fecha: 16/03/17 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.

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.

Perez G. J. J.

Dr. Gladys Fernández
Especialista en Medicina del Trabajo
Méd. P. N. 2007 - Matr. P.R. N. 2561