

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº DE SINIESTRO 1799782

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y APELLIDO Justino Jose Martelli

FECHA DE NACIMIENTO 16-10-72

CUIL / DNI Nº 2855393

SEXO ☐ F ☒ M

CALLE Polonia

NRO 18

PISO -

DEPTO -

LOCALIDAD Catriel

PROVINCIA Rio Negro

CP. 8307

TEL FIJO: DDN

TEL MÓVIL 155421839

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE DE LA EMPRESA Oril ADOPERSERVICE

CUIT 307085674-3

DATOS DEL PRESTADOR

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL Centro de Md. Cabal

CUIT 3033764090-4

CALLE Sarmiento

NRO 210

PISO -

DEPTO -

LOCALIDAD Catriel

PROVINCIA Rio Negro

C.P. 8307

TEL: DDN 4911770

FAX 4911110 MAIL medica@experta.com.ar

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☒

Accidente In Itinere ☐

Enfermedad Profesional ☐

Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: Fecha: 19/07/11 Hora: -

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: 19/07/11 Hora: -

Fecha de primera atención médica: Fecha: 19/07/11 Hora: -

Descripción del motivo de consulta: Gonalgia derecha

Diagnóstico: Gonalgia derecha

Indicaciones / Tratamiento: -

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: 11/08/11 Hora: -

Fin de tratamiento: Fecha: 10/08/11 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: 10/08/11 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 los 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 veinte (20) días hábiles administrativos, la fecha de audiencia ante la comisión médica jurisdiccional para fijar el porcentaje de incapacidad laboral permanente.

ALTA MÉDICA: Sr. Trabajador en caso de discrepancia con el alta médica otorgada, usted puede concurrir 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 los 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 veinte (20) días hábiles administrativos, la fecha de audiencia ante la comisión médica jurisdiccional para fijar el porcentaje de incapacidad laboral permanente.

6 mil 10/08/11

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Ruth Tejedor J.
S.A. MEDICINA LABORAL
DIRECTOR MÉDICO
H.P.M. 2116 H. 5000 507

Firma y Sello Médico y Nº de Matrícula