

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº DE SINIESTRO

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y APELLIDO Cristian Marcelo Gordo

CUIL / DNI Nº 35147822

FECHA DE NACIMIENTO 15-06-1990

CALLE Bosque

NRO 240 PISO -

SEXO F ☐ M ☒

PROVINCIA Neuquén

CP. 8300

TEL FIJO: DDN 4485999

LOCALIDAD Neuquén

TEL. MÓVIL 0229 4553359

DATOS DEL EMPLEADOR

NOMBRE DE LA EMPRESA OIL & GAS SERVICE SRI

CUIT

DATOS DEL PRESTADOR

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL Medicina Laboral

CALLE Urquiza NRO 210 PISO -

CUIT

PROVINCIA La Pampa C.P. 8300

TEL: DDN 4911110

LOCALIDAD Patricio

FAX 4022730 MAIL

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☒

Accidente In Itinere ☐

Enfermedad Profesional ☐

Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: Fecha 01/09/11 Hora: -

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha 01/09/11 Hora: -

Fecha de primera atención médica: Fecha 01/09/11 Hora: -

Descripción del motivo de consulta: Lesión de codo y mano

Diagnóstico: Lesión de codo y mano

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: 09/09/11 Hora: -

Fin de tratamiento: Fecha: 08/09/11 Hora: -

Motivo de cese de ILT:

Alta Médica: ☒

Rechazo: ☐

Muerte: ☐

Fin de tratamiento: ☐

Por derivación: ☐

Tipo de derivación -

Afección Incurable: SI ☐ NO ☒

Secuelas incapacitantes: SI ☒ NO ☐

Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☐

Fin de tratamiento: Fecha: 08/09/11 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 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 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 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.

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.

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica La Pampa 08/09/11

Firma y Aclaración del Trabajador Cristian Gordo

Firma y Sello Médico c/ Nº de Matrícula

ROTH TEJEDOR J.
ESPECIALISTA EN MEDICINA LABORAL
MAT. N° 2198 - R.N. 563