

ART: EXPERTA ART

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº de Siniestro: 1807982

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: RODRIGUEZ, EDUARDO JUAN

CUIL: 20-27722225-7

Fecha de Nacimiento: 07/02/1980

Sexo: Hombre

Domicilio: LOS INCAS MZ 329 LOTE 5

Localidad: NEUQUEN

Provincia: NEUQUEN

CP: 8300

Tel.Fijo: 155296570

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.: 456678

Fecha R.G.A.: 11/09/2017

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☒

Accidente In Itinere ☐

Enfermedad Profesional ☐

Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:

Fecha: 11/09/2017 Hora: 08:30

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Fecha: 11/09/2017 Hora:

Fecha de primera atención médica:

Fecha: 11/09/2017 Hora: 09:13

Descripción del motivo de consulta:

11/9 estaba trabajando con barreta para despejar asfalto de superficie y sintió dolor en lumbar. Puesto: albañil. Edad: 37 años

Diagnóstico:

Lumbalgia postesfuerzo

Indicaciones / Tratamiento:

RMN

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 12/09/2017 Hora:

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 16/09/2017 Hora:

Fin de tratamiento: Fecha: 15/09/2017 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.
Los datos de contacto de las Comisiones Médicas y de las ART están al dorso de éste formulario.

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☒

Fin de tratamiento:

Fecha: 15/09/2017 Hora:

Secuelas incapacitantes:

SI ☐ NO ☒

Recalificación profesional:

SI ☐ NO ☒

Prestaciones de mantenimiento:

SI ☐ NO ☒

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 éste 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.

MARISOL CRESPO SALERNO
MEDICA
Esp. Medicina del Trabajo
M.P.Nqn. 6005

neuquen

15/09/17

Rodriguez Eduardo