

N° DE SINIESTRO: 1844364

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Thorgeir Jonsson Albert CUIL / DNI N° 20-34707625-3
 Fecha de Nacimiento: 01/09/89 Sexo: ☒ M ☐ F
 Calle: Colón 200 Nro: 291 Piso: - Depto: - Localidad: 25 de Mayo
 Provincia: MC CP: 0801 Tel. Fijo: DDN: - Tel. Móvil: 0 - 15

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: Oil Add Per Service SRL CUIT: 20-70868254-8

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: Medicina Laboral CUIT: 20-576408-4
 Calle: Av. San Martín Nro: 200 Piso: - Depto: - Localidad: La Plata
 Provincia: Bu. Aires CP: 0307 Tel. DDN: 03 Mail: -

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☒ Accidente In Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐
 Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: Fecha: 18/05/18 Hora: -
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: 18/05/18 Hora: -
 Fecha de primera atención médica: Fecha: 18/05/18 Hora: -
 Descripción del motivo de consulta: lucemilias hpo de pms de mbs

Diagnóstico: lucemilias hpo de pms de mbs

Indicaciones / Tratamiento: lucemilias

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☐
 Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐
 Fecha de próxima revisión: Fecha: 21/05/18 Hora: -
 Recalificación profesional: SI ☐ NO ☐
 Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 21/05/18 Hora: -
 Fin de tratamiento: Fecha: 24/05/18 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: 24/05/18 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 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.

Colm 24.05.18
 Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

[Firma]
 Firma y Aclaración del Trabajador

Roth Tejedor J. Orlando
 Médico Laboral
 M.P.R.N 583-M.P.Nqn 2196
 Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula