

ART: EXPERTA ART

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº de Siniestro: 1873036

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: CASTILLA, ERNESTO RAMON

Fecha de Nacimiento: 31/08/1952

Domicilio: CONQUISTADORES DEL DESIERTO 2450

Provincia: NEUQUEN

CP: 8300

Sexo: Hombre

Localidad: NEUQUEN

Tel.Fijo: 154246212

CUIL: 20-10389411-6

Tel.Móvil:

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: OIL ADDPER SRL

CUIT: 30-70858254-5

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: POLAR - MEDICINA LABORAL

Domicilio: TUCUMAN 96

Provincia: NEUQUEN

CP: 8300

Mail: administracionpolar@policliniconeuquen.com.ar

Localidad: NEUQUEN

Teléfono: (0299) 4474159

R.G.A.: 4567

CUIT: 30-54617357-3

Fax:

Fecha R.G.A.:

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☒ Accidente In Itinere ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Fecha de primera atención médica:

Enfermedad Profesional ☐

Intercurrencia ☐

Fecha: 03/12/2018 Hora: 19:30

Fecha: 04/12/2018 Hora:

Fecha: 04/12/2018 Hora: 09:20

Descripción del motivo de consulta:

03/12 estaba en su trabajo a las 19.30 hs y se golpeo con angulo en rostro. Consulto en Htal Castro Rendon donde le realizan sutura de la herida.

Diagnóstico:

Traumatismo y herida en rostro con sutura

Indicaciones / Tratamiento:

RX

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 05/04/2019 Hora:

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 28/12/2018 Hora:

Fin de tratamiento: Fecha: 18/03/2019 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: 18/03/2019 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 éste 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 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.

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/Nº de Matrícula