

ART:

EXPERIA

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

N° DE SINIESTRO:

1293331

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: DAMM NICHOLAS CUIL / DNI N°: 28931124
 Fecha de Nacimiento: 12/7/12 Sexo: M ☒ F ☐
 Calle: BUENOS AIRES 1243 Nro: 743 Piso: 1 Depto: C. 1243
 Provincia: PN CP: 3303 Tel. Fijo: DDN()- Tel. Móvil: 0 59-467-6000

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: OIL ADD FOR SERVICE CUIT:

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: T. D. C. CUIT:
 Calle: Nro: Piso: Depto: Localidad: Now
 Provincia: Now CP: 3300 Tel.: DDN()- Fax:
 Mail:

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

Accidente de trabajo ☐ Accidente In Itinere ☒ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: Fecha: 12/7/12 Hora: Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: 12/7/12 Hora: Fecha de primera atención médica: Fecha: 28/7/12 Hora: Descripción del motivo de consulta: Se realizó el trabajo usual pero al no haberDiagnóstico: ex lx fratura defx mano dela columna de cuello deIndicaciones / Tratamiento: ex plomo simple y fratura de

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: 2/11/12 Hora: Fin de Tratamiento: Fecha: 2/11/12 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, Ud. 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.

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☐

Fin de tratamiento: Fecha: / / 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 20 (veinte) días hábiles administrativos, la fecha de audiencia ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral permanente.

LAURA MERINO
Médica
M.P.R.N. 6008 - M.P.Mor. 4538

Now, 6/11/12