

ART:

EXPERTA ART

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº de Siniestro: 1837449

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: CAMPOS, IMEL

Fecha de Nacimiento: 29/11/1986

Domicilio: REGERO 1488

Provincia: NEUQUEN

CP: 8316

Sexo: Hombre

Localidad: PLOTTIER

Tel.Fijo: 2984-15366403

CUIL: 20-32485411-9

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

Domicilio: TUCUMAN 96

Provincia: NEUQUEN

CP: 8300

Localidad: NEUQUEN

Teléfono: (0299) 4474159

Mail: administracionpolar@policliniconeuquen.com.ar

R.G.A.: 1903

CUIT: 30-54617357-3

Fax:

Fecha R.G.A.: 05/04/2018

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☐

Accidente In Itinere ☒

Enfermedad Profesional ☐

Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:

Fecha: 04/04/2018 Hora: 09:30

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Fecha: 05/04/2018 Hora:

Fecha de primera atención médica:

Fecha: 05/04/2018 Hora: 11:30

Descripción del motivo de consulta:

04/04 estaba realizando maniobra con esfuerzo en cuclillas y sintió fuerte dolor rodilla izquierda. Consulto en Poli Nq.

Diagnóstico:

Gonalgia izquierda postesfuerzo

Indicaciones / Tratamiento:

rx

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 05/04/2018 Hora:

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 12/04/2018 Hora:

Fin de tratamiento: Fecha: 11/04/2018 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: 11/04/2018 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.

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/Nº de Matrícula

Marisol Crespo Salerno
MÉDICA
Esp. Medicina del Trabajo
M.P.Nº. 3005