

ART: EXPERTA ART

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº de Siniestro: 1808651

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: CARRASCO, JUAN CARLOS

Fecha de Nacimiento: 26/02/1968

Domicilio: MZ 19 'B' CASA 38 Bº V CEFERINO

Provincia: NEUQUEN

CP: 8300

Sexo: Hombre

Localidad: NEUQUEN

Tel.Fijo: 155921835

CUIL: 20-20306541-9

Tel.Móvil:

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: OIL ADDPER SERVICE SRL

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

R.G.A.: 457044

CUIT: 30-54617357-3

Fax:

Fecha R.G.A.: 14/09/2017

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:

Descripción del motivo de consulta:

14/9 por la mañana colocando caja de cambios de camion realizo esfuerzo y sinto dolor en antebrazo izquierdo.

Diagnóstico:

Distension muscular antebrazo izquierdo -no habil

Indicaciones / Tratamiento:

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 15/09/2017 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 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.

Neuquen 15/09/17
Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

MARISOL CRESPO SALERNO
MEDICA
Esp. Medicina del Trabajo
M.P.Nqn. 3905

Firma y Sello Médico c/Nº de Matrícula