

# ART:

## EXPERTA ART

# CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº de Siniestro: 1855056

### DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: CORIA, JUAN ANGEL GABRIEL

Fecha de Nacimiento: 21/06/1983

Domicilio: CALLE EL MAIZ - MZA 14 LOTE 54 Bº RUCA ANTU

Provincia: NEUQUEN

CP: 8300

Sexo: Hombre

Localidad: NEUQUEN

Tel.Fijo: 2994727917

CUIL: 20-30231877-9

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

Mail: administracionpolar@policliniconeuquen.com.ar

R.G.A.: 3287

Fax:

Fecha R.G.A.: 07/08/2018

### DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☒

Accidente In Itinere ☐

Enfermedad Profesional ☐

Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:

Fecha: 07/08/2018 Hora: 15:15

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Fecha: 07/08/2018 Hora:

Fecha de primera atención médica:

Fecha: 07/08/2018 Hora: 15:40

Descripción del motivo de consulta:

Puesto trabajo: soldador

Acc 07/08/18, estaba trabajando (preparando material para soldar) con moladora, al levantarla, salta cuerpo extraño en ojo izquierdo, utilizaba EPP

Diagnóstico:

ulcera corneal OI por cuerpo extraño

Indicaciones / Tratamiento:

IC con Oftalmología

### CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 07/08/2018 Hora:

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 10/08/2018 Hora:

Fin de tratamiento: Fecha: 09/08/2018 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: 09/08/2018 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

Marisol Crespo Salerno  
MEDICA  
Esp. Medicina del Trabajo  
M.P.Nqn. 3005