

ART:

EXPERTA ART

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº de Siniestro: 1873036

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: CASTILLA, ERNESTO RAMON

CUIL: 20-10389411-6

Fecha de Nacimiento: 31/08/1952

Sexo: Hombre

Domicilio: CONQUISTADORES DEL DESIERTO 2450

Localidad: NEUQUEN

Provincia: NEUQUEN

CP: 8300

Tel.Fijo: 154246212

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

CUIT: 30-54617357-3

Domicilio: TUCUMAN 96

Localidad: NEUQUEN

Provincia: NEUQUEN

CP: 8300

Teléfono: (0299) 4474159

Fax:

Mail: administracionpolar@policliniconeuquen.com.ar

R.G.A.: 4567

Fecha R.G.A.:

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☒

Accidente In Itinere ☐

Enfermedad Profesional ☐

Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:

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

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Fecha: 04/12/2018 Hora:

Fecha de primera atención médica:

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

continuo control neurológico x ART
durante 4 (cuatro) meses.

Indicaciones / Tratamiento:

rx

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☒ NO ☐

Odontología ☐ Dermatología ☒ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 10/12/2018 Hora:

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

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

Fin de tratamiento: Fecha: 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:

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 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.

Dra. CARLA GARCIA CRESPO
MEDICO M.N. 102187 - M.P. 3772
ESP. MED. DEL TRABAJO
M.N. 6507 - M.P. 2013

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/Nº de Matricula