

ART: EXPERTA ART

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº de Siniestro: 2072664

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: FONSECA, DANTE MAXIMILIANO
Fecha de Nacimiento: 10/09/1989
Domicilio: LAGO HERMOSO 120 VILLA CEFERINO
Provincia: NEUQUEN CP: 8300

Sexo: Hombre
Localidad: NEUQUEN
Tel.Fijo: 155198777

CUIL: 20-34882520-9

Tel.Móvil:

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: GREEN OIL SERVICES S.A.

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.: 13774

Fecha R.G.A.: 09/03/2022

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☒ Accidente In Itiner ☐
Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:

Enfermedad Profesional ☐
Fecha: 08/03/2022 Hora: 18:00

Intercurrencia ☐

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Fecha: 08/03/2022 Hora:

Fecha de primera atención médica:

Fecha: 09/03/2022 Hora: 09:58

Descripción del motivo de consulta:

08/03 estaba soldando y sufrió irritación ambos ojos,

Diagnóstico:

Queratitis

Indicaciones / Tratamiento:

Tratamiento por oftalmología

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 11/03/2022 Hora:

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 12/03/2022 Hora:

Fin de tratamiento: Fecha: 11/03/2022 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: 11/03/2022 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 ART/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.

lpu 11/3/22

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/Nº de Matrícula

Dr. CARLA GARCIA CREPO
MÉDICO M.N. 102457 - M.P. 3772
ESP. MED. DEL TRABAJO
M.N. 6507 - M.P. 2013