

ART: Esfera

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAM

N° DE SINIESTRO: 2067667

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Luiso Sergio Jose CUIL / DNI N° 29097814
Fecha de Nacimiento: 14/10/81 Sexo: M ☒ F ☐
Calle: _____ Nro: _____ Piso: _____ Depto: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ CP: _____ Tel. Fijo: DDN(____) - _____ Tel. Móvil: 0 _____ -15- _____

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: GREEN OIL CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: H.C. Cotriel CUIT: _____
Calle: _____ Nro: _____ Piso: _____ Depto: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ CP: _____ Tel.: DDN(____) - _____ Fax: _____
Mail: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☒ Accidente In Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurr
Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: 27/04/22 Hora: _____
Fecha de inicio de la inasistencia laboral: 27/04/22 Hora: _____
Fecha de primera atención médica: _____ Hora: _____
Descripción del motivo de consulta: _____

Diagnóstico: Lesión de hombro D.

Indicaciones / Tratamiento: B + RMN. + KT.

Enfermedad Profesional

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☐

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☐
Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐
Fecha de próxima revisión: _____ Hora: _____
Recalificación profesional: SI ☐ NO ☐
Fecha de retorno al trabajo: 30/04/22 Hora: _____
Fin de tratamiento: 30/04/22 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 TRATAM

Fin de tratamiento: 30/04/22
Secuelas incapacitantes: SI ☐
Recalificación profesional: SI ☐
Prestaciones de mantenimiento: SI ☐

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 este formulario.

FIN DE TRATAMIENTO: Sr. Trabajador en caso de discrepancia puede concurrir a la Comisión Médica más cercana a su domicilio su jurisdicción.
Los datos de contacto de las Comisiones Médicas y de las ART 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 audiencia ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral permanente.

Pensuen 19/04/22
Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

[Firma]
Firma y Aclaración del Trabajador

[Firma]
Firma y Sello Médico c/ N

Dra. Gládis Fernández
Especialista en Medicina del Trabajo
M.P.B. 2007 - M.P.B. 2008
M. Esp. 1168