

ART: E X p e r t e

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº DE SINIESTRO: 2078526

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Ceballos Pablo CUIL / DNI Nº: 33567804
Fecha de Nacimiento: 21/4/88 Sexo: M ☒ F ☐
Calle: 1612 Nro: 264 Piso: _____ Dpto: _____ Localidad: C. 52145
Provincia: RN CP: 8303 Tel. Fijo: DDN (____) _____ Tel. Movil: 295767621

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: Green oil service CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: SRN CUIT: _____
Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ CP: _____ Tel.: DDN (____) _____ Fax: _____
Mail: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☒ Accidente In Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐
Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: Fecha: 21/4/22 Hora: _____
Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: 21/4/22 Hora: _____
Fecha de primera atención médica: Fecha: 21/4/22 Hora: _____
Descripción del motivo de consulta: Intelectual error en el computador de un control cuando se sale por mañana que había dentro de la computadora y la zona 2: 3: 4: 5
Diagnóstico: Tx 7- de la mano izquierda

Indicaciones / Tratamiento: Rx / Analgesia / FKT

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒
Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐
Fecha de próxima revisión: Fecha: 7-1- Hora: _____
Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒
Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 2/6/22 Hora: _____
Fin de tratamiento: Fecha: 1/6/22 Hora: _____
Motivo de cese de ILT:
Alta Médica ☒
Rechazo: ☐
Muerte: ☐
Fin de tratamiento: ☐
Por derivación: ☐ Tipo de derivación: _____
Afección inculpada: 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, Ud. puede presentar dentro de los 5 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 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 este formulario.

En caso de existir secuelas incapacitantes resultantes del siniestro IS A.R.T. / E.A. le informará dentro de los 20 (veinte) días hábiles administrativos, la fecha de audiencia ante la Comisión Médica jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral permanente.

Cipolletti
01/06/22

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Dr. Cristian Cares
Médico
Orien. Generalista
M.P. NÚM. 251 M.P. RN 8437

Firma y Sello Médico c/Nº de Matrícula