

ART:
EXPERTA ART

**CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA
/ FIN DE TRATAMIENTO**

Nº de Sinistro: 2086332

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: GARCIA, MAXIMILIANO

Fecha de Nacimiento: 18/02/1991

Domicilio: ALUMINE 236

Provincia: NEUQUEN

CP: 8316

Sexo: Hombre

Localidad: PLOTTIER

Tel Fijo: 2995104193

CUIL: 20-35493850-3

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

Domicilio: TUCUMAN 96

Provincia: NEUQUEN

CP: 8300

Mail: administracionpolar@policliniconeuquen.com.ar

Localidad: NEUQUEN

Teléfono: (0299) 4474159

R.G.A.: 14803

CUIT: 30-54617357-3

Fax:

Fecha R.G.A.:

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☒ Accidente In Itinere ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Fecha de primera atención médica:

Enfermedad Profesional ☐

Intercurrencia ☐

Fecha: 13/06/2022 Hora: 20:00

Fecha: 13/06/2022 Hora:

Fecha: 16/06/2022 Hora: 08:39

Descripción del motivo de consulta:

13/06 estaba cargando cubierta de camión, de gran peso y sintió dolor lumbar. Ayudante 31 años Antigüedad 1 año 2 meses

Diagnóstico:

Lumbalgia postesfuerzo

Indicaciones / Tratamiento:

RX

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 23/06/2022 Hora:

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 23/06/2022 Hora:

Fin de tratamiento: Fecha: 22/06/2022 Hora:

Motivo de cese de ILT:

Alta Médica: ☒

Rechazo: ☐

Muerte: ☐

Fin de tratamiento: ☐

Por derivación: ☐

Tipo de derivación:

Afección inculparable: SI ☐ NO ☒

Secuelas incapacitantes: SI ☐ NO ☒

Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☒

Fin de tratamiento: Fecha: 22/06/2022 Hora:

Secuelas incapacitantes: SI ☐ NO ☒

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

ALTA MÉDICA: Si el 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: Si el 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, 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.

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/Nº de Matrícula

CRESPO SALERNO MARISOL
Médico Exp. Med. en el Trabajo
M.P.Nqn. 3905