

ART:
EXPERTA ART

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

Nº de Sinistro: 2095383

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: ZEBALLOS, GASTON ANDRES
Fecha de Nacimiento: 22/08/1972
Domicilio: ROSARIO Y DR BALBIN MZ D CS 1
Provincia: NEUQUEN CP: 8300

Sexo: Hombre
Localidad: NEUQUEN
Tel.Fijo: 299154138657

CUIL: 20-22590827-0

Tel.Móvil:

DATOS DEL EMPLEADOR

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

CUIT: 30-70858254-6

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: POLAR - MEDICINA LABORAL

CUIT: 30-54617367-3

Domicilio: TUCUMAN 90

Localidad: NEUQUEN

Provincia: NEUQUEN

CP: 8300

Teléfono: (0299) 4474159

Fax:

Mail: administracionpolar@policliniconeuquen.com.ar

R.G.A.: 15533

Fecha R.G.A.: 19/08/2022

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☒ Accidente In itinere ☐

Enfermedad Profesional ☐

Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:

Fecha: 19/08/2022 Hora: 21:33

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Fecha: 19/08/2022 Hora:

Fecha de primera atención médica:

Fecha: 19/08/2022 Hora: 22:00

Descripción del motivo de consulta:

50 años. Operador

Le ingresa producto químico en ojo izquierdo al realizar maniobra con manguerote de descarga

Diagnóstico:

Ojo rojo

Indicaciones / Tratamiento:

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 19/08/2022 Hora:

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 24/08/2022 Hora:

Fin de tratamiento: Fecha: 23/08/2022 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 ☒

ALTA MÉDICA: Si Trabajador en caso de discrepancia con el alta médica otorgada, podrá 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 exponerle a evaluación médica.
Los datos de contacto de las Comisiones Médicas y de las ART están al dorso de este formulario.

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☒

Fin de tratamiento: Fecha: 23/08/2022 Hora:

Secuelas incapacitantes: SI ☐ NO ☒

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

FIN DE TRATAMIENTO: Si Trabajador en caso de discrepancia con esta decisión, podrá 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 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.

Ngn 23/08/2022
Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/ Nº de Matrícula