

ART: EXPERTA ART

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº de Sinistro: 2095874

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: ZAPATA, BRUNO MAXIMILIANO
Fecha de Nacimiento: 22/07/1983
Domicilio: INDEPENDENCIA 07 - Bº PROGRESO -
Provincia: NEUQUEN CP: 8300

Sexo: Hombre
Localidad: NEUQUEN
Tel.Fijo: 2995812859

CUIL: 23-30272744-9

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.: 15579

Fecha R.G.A.: 23/08/2022

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☒ Accidente In Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:

Fecha: 23/08/2022 Hora: 16:39

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Fecha: 23/08/2022 Hora:

Fecha de primera atención médica:

Fecha: 23/08/2022 Hora: 18:10

Descripción del motivo de consulta:

23/08 se quemó mano derecha con una caldera. Operador de equipos 39 años

Diagnóstico:

Quemadura A mano derecha hábil

Indicaciones / Tratamiento:

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 23/08/2022 Hora:

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 26/08/2022 Hora:

Fin de tratamiento: Fecha: 25/08/2022 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 ☒

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☒

Fin de tratamiento: Fecha: 25/08/2022 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, 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 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 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.

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

CRESPO SALERNO MARISOL
Medico Esp. Med. en el Trabajo
M.P.Nqn. 3005
Firma y Sello Médico c/Nº de Matrícula