

ART:
EXPERTA ART

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

N° de Siniestro: 2095132

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: PARADA YAPURA, NESTOR GASTON
Fecha de Nacimiento: 28/02/1984
Domicilio: JOSE CAROL 226
Provincia: NEUQUEN

Sexo: Hombre
Localidad: NEUQUEN
Tel.Fijo: 155921830

CUIL: 20-30740287-5

Tel.Móvil: 2996254180

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

Mail: administracionpolar@policliniconeuquen.com.ar

R.G.A.: 15510

Fax:

Fecha R.G.A.: 18/08/2022

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☒ Accidente In Itinere ☐

Enfermedad Profesional ☐

Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante:

Fecha: 18/08/2022 Hora: 15:47

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Fecha: 18/08/2022 Hora:

Fecha de primera atención médica:

Fecha: 18/08/2022 Hora: 16:40

Descripción del motivo de consulta:

38 años. Operador

Sufre quemadura con agua caliente en region dorsal de pie derecho al desconectar manguerote de piletas.

Diagnóstico:

Quemadura AB pie derecho

Indicaciones / Tratamiento:

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☒

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: 06/09/2022 Hora:

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 28/09/2022 Hora:

Fin de tratamiento: Fecha: 27/09/2022 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 ☒

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

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☒

Fin de tratamiento: Fecha: 27/09/2022 Hora:

Secuelas incapacitantes: SI ☒ NO ☐

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

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.

27/09/2022
Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/N° de Matrícula

Dr. JUAN F. MAURICIO
Médico
Esp. Medicina del Trabajo
M.P.N. 5672 - ESP. 101
M.P.N. 1017