

ART: EXPERTA

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

N° DE SINIESTRO: 2099591

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Urquiza Silvio Alexis CUIL / DNI N° 40995385
Fecha de Nacimiento: 3/7/98 Sexo: M ☒ F ☐
Calle: Chaco Nro: 1344 Piso: 4 Depto: Catnel
Provincia: Rio Negro CP: 8307 Tel. Fijo: DDN()- - Tel. Móvil: 0 222-15- 4550683

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: Green oil services CUIT:

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: Med. Laboral CUIT: 3371025384
Calle: San Martín Nro: 210 Piso: 4 Depto: Catnel
Provincia: Rio Negro CP: 8307 Tel.: DDN()- 4911110 Fax:
Mail: Karina.Compos@ospepri.org.ar

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☒ Accidente In Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐
Fecha de inicio de la inasistencia laboral: 16/08/22 Hora: 16/08/22 Hora: 16/08/22 Hora: 16/08/22
Fecha de primera atención médica: 16/08/22 Hora: 16/08/22 Hora: 16/08/22
Descripción del motivo de consulta: Lesión

Diagnóstico: Lesión

Indicaciones / Tratamiento:

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☐

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☐
Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐
Fecha de próxima revisión: Fecha: 14/10/22 Hora: 14/10/22
Recalificación profesional: SI ☐ NO ☐
Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 14/10/22 Hora: 14/10/22
Fin de tratamiento: Fecha: 14/10/22 Hora: 14/10/22
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: 17/10/22 Hora: 17/10/22
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.

L. M. 10.10.22
Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Urquiza Alexis
Firma y Aclaración del Trabajador

ROTH TEJEDOR J. ORLANDO
Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula