|  |  |
| --- | --- |
| **Ingreso por ART** | |
| **N° EXPTE ADM** |  |
| **COMISIÓN MÉDICA JURISDICCIONAL** |  |
| **FECHA ACCIDENTE** |  |
| **EMPLEADOR (Nombre, Domicilio y CUIT)** |  |
| **FECHA DE INGRESO LABORAL** |  |
| **SUELDO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE** |  |
| **EDAD AL MOMENTO DEL ACCIDENTE** |  |
| **TELÉFONO DE CONTACTO** |  |
| **NOSOCOMIO TRATANTE DE LA ART** |  |
| **ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS EN OBRA SOCIAL** |  |
| **(FECHA Y NOSOCOMIO)** |  |
| **¿HUBO ATENCIÓN PSICOLÓGICA?** |  |