

ART: 6 fep de

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

N° DE SINIESTRO: _____

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Lopez Carlos CUIL / DNI N° 24.046.147
 Fecha de Nacimiento: 22/03/74 Sexo: ☒ M ☐ F
 Calle: 22 Nro: 179 Piso: 2do Depto: 1 Localidad: Ol
 Provincia: Ch CP: 3400 Tel. Fijo: DDN()- Tel. Móvil: 0 -15- _____

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: Propano Breat CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: OSPM CUIT: _____
 Calle: Uruguay Nro: 179 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: _____
 Provincia: Ch CP: 3400 Tel.: DDN()- Fax: _____
 Mail: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☐ Accidente In Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐
 Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: 22/03/21 Hora: _____
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral: 22/03/21 Hora: _____
 Fecha de primera atención médica: 22/03/21 Hora: _____
 Descripción del motivo de consulta: _____

Diagnóstico: lesión de codo de codo
de de una noche
 Indicaciones / Tratamiento: Alta con Incapacidad

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☐
 Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐
 Fecha de próxima revisión: _____ Hora: _____
 Recalificación profesional: SI ☐ NO ☐
 Fecha de retorno al trabajo: 28/04/21 Hora: _____
 Fin de tratamiento: 28/04/21 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: 28/04/21 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.

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica: _____

Carlos R. Lopez
Firma y Aclaración del Trabajador

Dr. LEONARDO CIVETTA
Médico Especialista
M.N. 134891
Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula