

ART: Asociat

N° DE SINIESTRO: 4-22 3773

CONSTANCIA DE
ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Inostroze Víctor CUIL / DNI N° 20428228755
Fecha de Nacimiento: 19/01/1980 Sexo: M ☒ F ☐
Calle: Chile Nro: 637 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: Fdez Oro
Provincia: Rio Negro CP: _____ Tel. Fijo: DDN(_____) - Tel. Móvil: 299-15-4295134

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: Quinpe SRL CUIT: 30707603646

DATOS DEL PRESTADOR

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

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Fuente de trabajo ☒ Accidente In Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐
Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: 19/08/21 Hora: _____
Fecha de inicio de la inasistencia laboral: ____/____/____ Hora: _____
Fecha de primera atención médica: ____/____/____ Hora: _____
Descripción del motivo de consulta: Tiran en hombro derecho cuando realiza fuerza y traccion hacia su cuerpo con ambos brazos.
Diagnóstico: Dolor de derecho - Derivado de supraspinoso
Indicaciones / Tratamiento: Traumatología + RMN + FKT

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: 23/09/21 Hora: _____
Fin de tratamiento: 22/09/21 Hora: _____
Motivo de cese de ILT:
Alta Médica: ☒
Rechazo: ☐
Muerte: ☐
Fin de tratamiento: ☐
Por derivación: ☒ Tipo de derivación: a Obra Social
Afección inculpada 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: ____/____/____ 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.

22/09/2021
Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Victor Inostroze
Firma y Aclaración del Trabajador

Dr. NELSON AVILA
MPRN 4070 - MPN 3970
Especialista en Med. Laboral MPN 2476
Firma y Sello Médico Asociado de Matrícula

firma en desconformidad