

ART: _____

CONSTANCIA DE PARTE MÉDICO DE INGRESO

N° DE SINIESTRO: _____

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: _____ CUIL / DNI N° _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M ☐ F ☐

Calle: _____ Nro: _____ Piso: _____ Depto: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ CP: _____ Tel. Fijo: DDN(____)-____ Tel.Móvil: 0____-15-____-____

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: _____ CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: _____ CUIT: _____

Calle: _____ Nro: _____ Piso: _____ Depto: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ CP: _____ Tel.: DDN(____)-____ Fax: _____

Mail: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☐

Accidente In Itinere ☐

Enfermedad Profesional ☐

Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Fecha de primera atención médica: Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Descripción del motivo de consulta: _____

Diagnóstico: _____

Indicaciones / Tratamiento: _____

Fecha de próxima revisión: Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula

ART: _____

CONSTANCIA DE ATENCIÓN MÉDICA

Línea gratuita de atención al público: _____

Horarios de atención: de lunes a viernes de _____

N° DE SINIESTRO: _____

Tipo de contingencia: Accidente de Trabajo ☐ Accidente In Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: _____ CUIL / DNI N° _____

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: _____ CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Descripción del motivo de consulta: _____

Diagnóstico: _____

Indicaciones / Tratamiento: _____

Fecha de próxima revisión: ____/____/____ Hora: ____

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula

ART:

Línea gratuita de atención al público: _____

Horarios de atención: de lunes a viernes de _____

N° DE SINIESTRO: _____

CONSTANCIA DE

ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: _____ CUIL / DNI N° _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M ☐ F ☐

Calle: _____ Nro: _____ Piso: _____ Depto: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ CP: _____ Tel. Fijo: DDN(____)-____ Tel.Móvil: 0____-15-____-____

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: _____ CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: _____ CUIT: _____

Calle: _____ Nro: _____ Piso: _____ Depto: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ CP: _____ Tel.: DDN(____)-____ Fax: _____

Mail: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☐ Accidente In Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: ____/____/____ Hora: _____

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: ____/____/____ Hora: _____

Fecha de primera atención médica: ____/____/____ Hora: _____

Descripción del motivo de consulta: _____

Diagnóstico: _____

Indicaciones / Tratamiento: _____

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: ____/____/____ Hora: _____

Fin de tratamiento: ____/____/____ 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 ☐

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☐

Fin de tratamiento: Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Secuelas incapacitantes: SI ☐ NO ☐

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☐

Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☐

ALTA MÉDICA: Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con el Alta Médica, Usted puede iniciar un trámite dentro de los CINCO (5) días hábiles ante la Comisión Médica correspondiente. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas podrá consultarlos en el sitio de internet de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (www.srt.gob.ar)

FIN DE TRATAMIENTO: Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con esta decisión, Usted puede iniciar un trámite ante la Comisión Médica correspondiente. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas podrá consultarlos en el sitio de internet de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (www.srt.gob.ar).

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

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula