

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](http://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](http://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