

ART: FP

N° DE SINIESTRO: 3620

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Barbero Juan Carlos CUIL / DNI N° 2301671P
Fecha de Nacimiento: 12/12/72 Sexo: M ☒ F ☐
Calle: Tu Oliva Nro: 5/7 Piso: 5/7 Depto: La Plata Localidad: La Plata
Provincia: Buenos Aires CP: 1900 Tel. Fijo: DDN(0360)- 4684162 Tel. Móvil: 0360-15-4684162

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: IPACAR CUIT:

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: Sanatorio 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: 14/01/13 Hora:

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: 1/1/13 Hora:

Fecha de primera atención médica: 24/01/13 Hora:

Descripción del motivo de consulta: Trauma en tobillo derecho por caída.

Diagnóstico: Distorsión de tobillo derecho

Indicaciones / Tratamiento: IC (trauma) reposo relativo de miembro superior.

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: 24/02/13 Hora:

Fin de tratamiento: 23/02/13 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: 23/02/13 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 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.

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.

Juan Romero
DNI: 23016719
Tiempo en total de conformidad

Antigüedad O. Silvina
Médica
M.P. 32608/7