

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 CONSULTAAccidente 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 El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico SI NO El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I del Anexo II de la Resolución SRT N° 886/17, modificado por la Resolución SRT N° 3/21 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)

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO

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

Secuelas incapacitantes: SI NO Recalificación profesional: SI NO Prestaciones de mantenimiento: SI NO El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico SI NO El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I del Anexo II de la Resolución SRT N° 886/17, modificado por la Resolución SRT N° 3/21 SI NO

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.