

CONSTANCIA DE ATENCIÓN MÉDICA



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