

# CONSTANCIA DE PARTE MÉDICO DE INGRESO



N° DE SINIESTRO: \_\_\_\_\_

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

## DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ CUIL / DNI N° \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Nro: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Tel. Fijo: DDN ( \_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ Tel. Móvil: 0 \_\_\_ -15 \_\_\_\_\_ Tel. Alternativo: ( \_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

Domicilio completo: \_\_\_\_\_ Tel.: ( \_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

Nombre del contacto: \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre del establecimiento donde ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

Domicilio completo: \_\_\_\_\_ Tel.: ( \_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

Nombre del contacto: \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_ ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Corresponde baja laboral: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fecha probable de alta (en caso de ser posible): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de próxima revisión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Fecha de retorno al trabajo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Médico c/ N° de Matricula