

CONSTANCIA DE SOLICITUD DE REINGRESO

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: _____ el.: DDN(_____) - _____ Fax: _____

Mail: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo Accidente In Itinere Enfermedad Profesional Intercurrencia

Fecha de ocurrencia de la contingencia original: ___/___/____ Hora: _____

Fecha de Alta Médica: ___/___/____ Hora: _____

Fecha de de Solicitud de Reingreso: ___/___/____ Hora: _____

Descripción del motivo de consulta: _____

Diagnóstico: _____

Indicaciones / Tratamiento: _____

Aceptación del Reingreso al tratamiento: SI
NO -> Fundamento de la denegación de reingreso _____

“Sr.Trabajador: en caso de discrepancia con esta decisión Ud. puede concurrir a la Comisión Médica más cercana a su domicilio o correspondiente a su jurisdicción. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas se encuentran al dorso.”

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/ N° de Matricula