

CONSTANCIA DE ASISTENCIA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO ART

Serena
ART

ART N° 00507 CUIT: 30-71234180-3

Constancia de Asistencia Médica		Fin de Tratamiento	
Historia Clínica N°		Siniestro N°:	

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombres		CUIL / DNI N°	
Fecha de nacimiento	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Nacionalidad	Estado Civil
Calle	Nº	Localidad	Provincia
Teléfono	Celular: 15	<input type="radio"/> Personal <input type="radio"/> Claro <input type="radio"/> Movistar <input type="radio"/> Nextel <input type="radio"/> Otro	
Email			

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la empresa:		CUIT N°	
Calle	Nº	Localidad	Provincia
Teléfono	Fax	Email	

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre de la Institución		CUIT N°	
Calle	Nº	Localidad	Provincia
Teléfono	Fax	Email	

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

<input type="radio"/> Accidente de Trabajo <input type="radio"/> Accidente "In Itinere" <input type="radio"/> Enfermedad Profesional <input type="radio"/> Reagravación del caso anterior				
Gravedad <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Grave <input type="radio"/> Mortal				
Fecha del accidente/ Primera manifestación invalidante	Día	Mes	Año	Hora
Fecha en que abandonó el trabajo	Día	Mes	Año	Hora
Fecha de la primera atención médica	Día	Mes	Año	Hora
Fecha de Reagravación:	Atención de Reagravación:			

Descripción del motivo de consulta:

Indicadores / Diagnóstico / Tratamiento:

Fecha de la próxima consulta (si corresponde):	Día	Mes	Año	Hora		
Especialidad / Profesional:	Tipo de traslado:					
Fecha de la próxima consulta (si corresponde):	Día	Mes	Año	Hora		
Especialidad / Profesional:	Tipo de traslado:					
Fecha de fin de tratamiento:	Día	Mes	Año	Hora		
Lugar y fecha de la asistencia médica		Firma y sello médico:				
Regresa al trabajo: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fecha de retorno al trabajo:		Día	Mes	Año	Hora
	Fecha de alta médica:		Día	Mes	Año	Hora

MOTIVO DE CESE DE ILT

<input type="radio"/> Alta médica <input type="radio"/> Rechazo <input type="radio"/> Muerte <input type="radio"/> Transcurso de un año de la fecha de accidente <input type="radio"/> Declaración de Incapacidad Laboral Permanente (ILP)
Tipo de derivación <input type="radio"/> Se estima incapacidad: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Sugerencia de Recalificación: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

De acuerdo con la Resolución SRT N° 744/03, Usted tiene que ser citado para ser informado acerca de la estimación realizada sobre la Incapacidad Laboral Parcial Definitiva (I.L.P.P.D.) dentro de los próximos QUINCE (15) días hábiles a partir de la fecha de alta. En caso de duda, puede Usted comunicarse a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO al 0800-666-6778.

LUGAR Y FECHA DE
LA ASISTENCIA MÉDICA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL
ASEGUROADO/DERECHOHABIENTE:

FIRMA Y SELLO MÉDICO: