

CONSTANCIA DE ASISTENCIA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO 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	N°	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	N°	Localidad	Provincia	
Teléfono	Fax	Email		

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre de la Institución			CUIT N°	
Calle	N°	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		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 ASEGURADO/DERECHOHABIENTE:

FIRMA Y SELLO MÉDICO: