

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

## CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

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: \_\_\_\_\_ Tel.: DDN(\_\_\_\_)- \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

### DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo  Accidente In Itinere  Enfermedad Profesional  Intercurrencia

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Fecha de primera atención médica: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Descripción del motivo de consulta: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Indicaciones / Tratamiento: \_\_\_\_\_

### CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI  NO

Odontología  Dermatología  Psicoterapia

Fecha de próxima revisión: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Recalificación profesional: SI  NO

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

Fin de tratamiento: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Motivo de cese de ILT:

- Alta Médica:
- Rechazo:
- Muerte:
- Fin de tratamiento:
- Por derivación:  Tipo de derivación: \_\_\_\_\_

Afección inculpable SI  NO

Secuelas incapacitantes: SI  NO

Prestaciones de mantenimiento: SI  NO

### CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO

Fin de tratamiento: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Secuelas incapacitantes: SI  NO

Recalificación profesional: SI  NO

Prestaciones de mantenimiento: SI  NO

**ALTA MÉDICA:** Sr. Trabajador en caso de discrepancia con el alta médica otorgada, usted puede presentarse dentro de los 5 (cinco) días hábiles ante la Comisión Médica más cercana a su domicilio o correspondiente a su jurisdicción, concurriendo personalmente a fin de someterse a evaluación médica.  
Los datos de contacto de las Comisiones Médicas y de las ART están al dorso de este formulario.

**FIN DE TRATAMIENTO:** Sr. Trabajador en caso de discrepancia con esta decisión, usted puede concurrir a la Comisión Médica más cercana a su domicilio o correspondiente a su jurisdicción.  
Los datos de contacto de las Comisiones Médicas y de las ART están al dorso de este formulario.

ORIGINAL: ART

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

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

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