

ART:

CONSTANCIA DE
**ALTA MÉDICA /
FIN TRATAMIENTO**

Línea gratuita de atención al público.....

Horarios de atención: de lunes a viernes de.....

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. fijo DDN: - Tel. Móvil: 0 -15- -

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 Si ☐ Dermatología Si ☐ Psicoterapia Si ☐

Fecha de la próxima revisión/...../..... Hora.....

Recalificación profesional Si ☐ No ☐

Fecha de retorno al trabajo/...../..... Hora.....

Fin de tratamiento/...../..... Hora.....

Motivo de cese de ILI

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 ☐

El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico: Si ☐ No ☐

El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I del Anexo II de la Resolución S.R.T. N° 886/17, modificado por la Resolución S.R.T. N° 3/21 Si ☐ No ☐

Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con el Alta Médica, Usted puede iniciar un trámite dentro de los CINCO (5) días hábiles ante la Comisión Médica correspondiente. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas podrá consultarlos en el sitio de internet de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo www.srt.gob.ar.

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☐

Fin de tratamiento: Fecha/...../..... Hora.....

Secuelas incapacitantes: Si ☐ No ☐

Recalificación profesional: Si ☐ No ☐

Prestaciones de mantenimiento: Si ☐ No ☐

El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico: Si ☐ No ☐

El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I del Anexo II de la Resolución S.R.T. N° 886/17, modificado por la Resolución S.R.T. N° 3/21 Si ☐ No ☐

Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con esta decisión, Usted puede iniciar un trámite ante la Comisión Médica correspondiente. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas podrá consultarlos en el sitio de internet de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo www.srt.gob.ar.

En caso de existir secuelas incapacitantes resultantes del siniestro, la ART / EA le informará, dentro de los próximos 20 (veinte) días hábiles administrativos, la fecha de audiencia ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral permanente.

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula