

FIN DE TRATAMIENTO ☐ALTA MÉDICA ☐

Historia clínica N°

Siniestro N°

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y nombre

CUIL / DNI N°

Fecha de nacimiento / /

Sexo ☐ M ☐ F

Nacionalidad

Estado Civil

Domicilio

Localidad

Provincia

CP

Tel

Email

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la empresa

CUIT

Póliza N°

CIU

Domicilio

Localidad

Provincia

CP

Tel

Fax

Email

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del establecimiento asistencial

CUIT

Domicilio

Localidad

Provincia

CP

Tel

Fax

Email

DESCRIPCION DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

☐ Accidente de trabajo☐ Accidente In Itinere☐ Enfermedad Profesional☐ IntercurrenciaFecha 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:

Descripción del motivo de consulta

Indicaciones / Diagnóstico / Tratamiento:

Tratamiento asistencial pendiente Si ☐Odontología Si ☐Dermatología Si ☐Psicoterapia Si ☐

Fecha de la próxima revisión

Día: Mes: Año: Hora:

Fecha de retorno al trabajo

Día: Mes: Año: Hora:

Fin del tratamiento

Día: Mes: Año: Hora: Regresa al trabajo ☐ Si ☐ No

MOTIVO DE CESE DE ILT

☐ Alta médica☐ Rechazo☐ Muerte☐ Transcurso de un año de la fecha del accidente☐ Declaración de Incapacidad Laboral Permanente (ILP)☐ Por derivaciónSecuelas incapacitantes ☐ Si ☐ NoRecalificación ☐ Si ☐ NoPrestaciones de Mantenimiento ☐ Si ☐ NoEl trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico ☐ Si ☐ NoEl trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el ☐ Si ☐ No punto I del Anexo II de la Resolución S.R.T. N° 886/17, modificado por la Resolución S.R.T. N° 3/21

EN EL CASO QUE SEA ALTA MEDICA

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.

EN CASO QUE SEA FIN DE TRATAMIENTO

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, sello y Matrícula del Médico