

CONSTANCIA DE ASISTENCIA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

CONSTANCIA DE ASISTENCIA MÉDICA ☐

FIN DE TRATAMIENTO ☐

Historia Clínica N°:

Siniestro N°:

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre CUIL/ DNI N°
Fecha Nacimiento/...../..... Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad Estado civil
Domicilio Localidad
Provincia C.P. Tel.

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa CUIT Contrato N° CIU
Domicilio Localidad
Provincia C.P. Tel. Fax E-mail

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial CUIT
Domicilio Localidad
Provincia C.P. Tel. Fax E-mail

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☐

Accidente In Itinere ☐

Enfermedad Profesional ☐

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

Reagravación de caso anterior Fecha de Reagravación/...../..... Atención de la Reagravación/...../.....

Descripción del motivo de consulta.....
.....
.....

Indicaciones/Diagnóstico/Tratamiento:.....
.....
.....

Fecha de la próxima consulta (si corresponde): Día Mes Año Hora.....

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Fecha de retorno al trabajo: Día Mes Año Hora

Fin de tratamiento: Día Mes Año Hora

Motivo de Cese de ILT: Alta Médica ☐
Rechazo ☐
Muerte ☐

Se estima Incapacidad: SI ☐ NO ☐

Sugerencia de Recalificación: SI ☐ NO ☐

Firma y Sello del Médico

Regresa al trabajo: SI ☐ NO ☐

Transcurso de un año de la fecha del accidente de trabajo ☐

Declaración de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) ☐

Por Derivación ☐

(Tipo de Derivación:.....)

"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 Permanente Parcial Definitiva (I.L.P.P.D.) dentro de los próximos QUINCE (15) días hábiles a partir del día del 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 Trabajador

Firma y Sello del Médico

CONSTANCIA DE ASISTENCIA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

CONSTANCIA DE ASISTENCIA MÉDICA ☐

FIN DE TRATAMIENTO ☐

Historia Clínica N°:

Siniestro N°:

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre CUIL/ DNI N°
Fecha Nacimiento/...../..... Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad Estado civil
Domicilio Localidad
Provincia C.P. Tel.

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa CUIT Contrato N° CIU
Domicilio Localidad
Provincia C.P. Tel. Fax E-mail

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial CUIT
Domicilio Localidad
Provincia C.P. Tel. Fax E-mail

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☐

Accidente In Itinere ☐

Enfermedad Profesional ☐

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

Reagravación de caso anterior Fecha de Reagravación/...../..... Atención de la Reagravación/...../.....

Descripción del motivo de consulta.....
.....
.....

Indicaciones/Diagnóstico/Tratamiento:.....
.....
.....

Fecha de la próxima consulta (si corresponde): Día Mes Año Hora.....

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Sello del Médico

Fecha de retorno al trabajo: Día..... Mes..... Año..... Hora

Fin de 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 de trabajo ☐
Declaración de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) ☐
Por Derivación ☐
(Tipo de Derivación:.....)

Se estima Incapacidad: SI ☐ NO ☐

Sugerencia de Recalificación: SI ☐ 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 Permanente Parcial Definitiva (I.L.P.P.D.) dentro de los próximos QUINCE (15) días hábiles a partir del día del 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 Trabajador

Firma y Sello del Médico

CONSTANCIA DE ASISTENCIA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

CONSTANCIA DE ASISTENCIA MÉDICA ☐

FIN DE TRATAMIENTO ☐

Historia Clínica N°:

Siniestro N°:

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre CUIL/ DNI N°
Fecha Nacimiento/...../..... Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad Estado civil
Domicilio Localidad
Provincia C.P. Tel.

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa CUIT Contrato N° CIU
Domicilio Localidad
Provincia C.P. Tel. Fax E-mail

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial CUIT
Domicilio Localidad
Provincia C.P. Tel. Fax E-mail

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☐

Accidente In Itinere ☐

Enfermedad Profesional ☐

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

Reagravación de caso anterior Fecha de Reagravación/...../..... Atención de la Reagravación/...../.....

Descripción del motivo de consulta.....
.....
.....

Indicaciones/Diagnóstico/Tratamiento:.....
.....
.....

Fecha de la próxima consulta (si corresponde): Día Mes Año Hora.....

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Sello del Médico

Fecha de retorno al trabajo: Día..... Mes..... Año..... Hora

Fin de 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 de trabajo ☐
Declaración de Incapacidad Laboral Permanente (ILP) ☐
Por Derivación ☐
(Tipo de Derivación:.....)

Se estima Incapacidad: SI ☐ NO ☐

Sugerencia de Recalificación: SI ☐ 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 Permanente Parcial Definitiva (I.L.P.P.D.) dentro de los próximos QUINCE (15) días hábiles a partir del día del 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 Trabajador

Firma y Sello del Médico