

CONSTANCIA DE ASISTENCIA MEDICA / FIN DE TRATAMIENTO

CONSTANCIA DE ASISTENCIA MÉDICA

FIN DE TRATAMIENTO

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: _____

CONSTANCIA DE ASISTENCIA MEDICA

ACCIDENTE DE TRABAJO

ACCIDENTE IN ITINERE

ENFERMEDAD PROFESIONAL

	Día	Mes	Año	Hora
Fecha del Accidente/ Primera manifestación invalidante				
Fecha en que abandonó el trabajo				
Fecha de la primera atención médica				

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

FIN DE TRATAMIENTO

Regresa al trabajo: SI NO

	Día	Mes	Año	Hora
Fecha de retorno al trabajo:				
Fin de tratamiento:				

Motivo de Cese de ILT: Alta Médica Transcurso de un año de la fecha del accidente de trabajo Se estima Incapacidad: SI NO
 Rechazo Declaración de Incapacidad Laboral Permanente (ILP)
 Muerte Por Derivación (Tipo de Derivación: _____) 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 RESIGOS DEL TRABAJO al 0800-666-6778".

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello del Médico