

DATOS DEL TRABAJADOR
N° de Siniestro

Apellido y Nombre:				CUIL / DNI:	
Fecha de Nacimiento:				Sexo: M ☐ F ☐	
Calle:	N°:	Piso:	Dpto:	Localidad:	
Provincia:	CP:	TE.:		Celular:	

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa:	CUIT:
-----------------------	-------

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial:				CUIT:	
Calle:	N°:	Piso:	Dpto:	Localidad:	
Provincia:	CP:	TE.:		Fax:	
Mail:					

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo ☐	Accidente In Itinere ☐	Enfermedad Profesional ☐	Intercurrencia ☐
Fecha del Accidente / Primera Manifestación Invalidante:			Hora:
Fecha de Inicio de la Inasistencia Laboral:			Hora:
Fecha de Primera Atención Médica:			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:	Hora:	
Recalificación Profesional:	SI ☐	NO ☐
Fecha de Retorno al Trabajo:	Hora:	
Fin de Tratamiento:	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 ☐
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 ☐

ALTA MÉDICA: 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 ☐

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 20 (veinte) días hábiles administrativos, la fecha de audiencia ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral permanente.