

DATOS DEL TRABAJADOR

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

N° de Siniestro
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 Incurable:	SI ☐ NO ☐
Secuelas Incapacitantes:	SI ☐ NO ☐
Prestaciones de Mantenimiento:	SI ☐ NO ☐
El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, de conformidad con lo establecido por la Resolución S.R.T. N° 8 de fecha 28 de enero de 2026 o la que en el futuro la reemplace:	
SI ☐ NO ☐	
El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido por la Resolución S.R.T. N° 7 de fecha 28 de enero de 2026 o la que en el futuro la reemplace:	
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, de conformidad con lo establecido por la Resolución S.R.T. N° 8 de fecha 28 de enero de 2026 o la que en el futuro la reemplace:		
SI ☐ NO ☐		
El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido por la Resolución S.R.T. N° 7 de fecha 28 de enero de 2026 o la que en el futuro la reemplace:		
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 pe