

# ART:

## CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

N° DE SINIESTRO: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ CUIL / DNI N° \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M  F

Calle: \_\_\_\_\_ Nro: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Tel. Fijo: DDN(\_\_\_\_)- \_\_\_\_\_ Tel.Móvil: 0 \_\_\_\_ -15- \_\_\_\_ -

### DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Nro: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Tel.: DDN(\_\_\_\_)- \_\_\_\_\_ 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 SRT N° 886/17, modificado por la Resolución SRT N° 3/21: SI  NO

### 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 SRT N° 886/17, modificado por la Resolución SRT 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](http://www.srt.gob.ar))

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](http://www.srt.gob.ar)).

En caso de existir secuelas incapacitantes resultantes del siniestro, la A.R.T./E.A. 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 y Sello Médico c/ N° de Matrícula

<b>ART</b>	<b>LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL PÚBLICO</b>	<b>HORARIOS DE ATENCIÓN DE LUNES A VIERNES</b>
Andina	0800-444-4040	08 a 19 hs
Asociart	0800-888-0095	08 a 19 hs
Berkley	0800-333-3031	10 a 18 hs
Caja Pop. de Tucumán	0800-888-0550	08 a 16 hs
Experta	0800-777-7278	08 a 20 hs / Sábados de 08 a 12 hs
Federación Patronal	0800-222-3535	08:30 a 15:30 hs
Galeno	0800-333-0080	09 a 17 hs
Horizonte	0800-222-0338	08 a 14 hs
IAPSER	0800-8888-8278	07 a 16 hs
La Holando	0800-999-4652	09 a 18 hs
La Segunda	0800-777-0036	Lu a Ju de 09 a 17:30 hs Vi de 08:30 a 15:30 hs
Latitud Sur	0800 199-0023	08 a 17 hs
Mutual Empleados y Obreros Petroleros Privados	0800-333-2782	Lu a Ju de 08:00 a 16:00 hs Vi de 08:00 a 15:30 hs
Mutual Rural	0800-333-2786	09 a 16 hs
Mutual Transporte Automotor San Francisco	0800-345-1733	09 a 17 hs
Omint	0800-555-0278	09 a 18 hs
Paraná	0800-345-1938	09:30 a 17 hs
Prevención	0800-555-5278	08 a 18:30 hs
Productores de Frutas	0800-333-4177	10 a 18 hs
Provincia	0800-333-1278	08 a 20 hs
Reconquista	0800-999-3191	11 a 17 hs
Swiss Medical	0800-222-7854	09 a 18 hs
Victoria	0800-222-0564	11 a 17 hs

**ENVIAR**