

# ART:

## CONSTANCIA DE ATENCIÓN MÉDICA

Línea gratuita de atención al público: \_\_\_\_\_

Horarios de atención: de lunes a viernes de \_\_\_\_\_

N° DE SINIESTRO: \_\_\_\_\_

Tipo de contingencia: Accidente de Trabajo  Accidente In Itinere  Enfermedad Profesional  Intercurrencia

### DATOS DEL TRABAJADOR

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

### DATOS DEL EMPLEADOR

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

### DATOS DEL PRESTADOR

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

### DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Descripción del motivo de consulta: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Indicaciones / Tratamiento: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Fecha de próxima revisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula