

ART: _____

Línea gratuita de atención al público: _____

Horarios de atención: de lunes a viernes de _____

N° DE SINIESTRO: _____

CONSTANCIA DE SOLICITUD DE REINGRESO

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: _____ el.: DDN(_____) - _____ Fax: _____

Mail: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☐ Accidente In Itinere ☐ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐

Fecha de ocurrencia de la contingencia original: ____/____/____ Hora: _____

Fecha de Alta Médica: ____/____/____ Hora: _____

Fecha de de Solicitud de Reingreso: ____/____/____ Hora: _____

Descripción del motivo de consulta: _____

Diagnóstico: _____

Indicaciones / Tratamiento: _____

Aceptación del Reingreso al tratamiento: SI ☐

NO ☐ -> Fundamento de la denegación de reingreso _____

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).

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/ N° de Matricula