

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, de conformidad con lo establecido por la Resolución SRT 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 SRT 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 SRT 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 SRT 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 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