

ART:

Línea gratuita de atención al público: _____
Horarios de atención: de lunes a viernes de _____

CONSTANCIA DE PARTE MÉDICO DE INGRESO

N° DE SINIESTRO: _____

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

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: _____ CUIL / DNI N° _____ Sexo: M ☐ F ☐

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Calle: _____

Nro: _____ Piso: ____ Depto: ____ Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

Tel. Fijo: DDN (____) - _____ Tel. Móvil: 0 ____ -15 _____ Tel. Alternativo: (____) - _____

E-mail: _____

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: _____ CUIT: _____

Domicilio completo: _____ Tel.: (____) - _____

Nombre del contacto: _____ Celular: (____) _____ E-mail: _____

Nombre del establecimiento donde ocurrió el accidente: _____

Domicilio completo: _____ Tel.: (____) - _____

Nombre del contacto: _____ Celular: (____) _____ E-mail: _____

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: _____

Corresponde baja laboral: Si _____ No _____ Fecha probable de alta (en caso de ser posible): ____/____/____

Fecha de próxima revisión: ____/____/____ Hora: _____ Fecha de retorno al trabajo: ____/____/____

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula