

# CONSTANCIA DE ASISTENCIA MEDICA FIN DE TRATAMIENTO



CONSTANCIA DE ASISTENCIA MÉDICA

FIN DE TRATAMIENTO

Historia Clínica N°:

Siniestro N°:

## DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre:..... CUIL/ DNI N°.....  
Fecha Nacimiento...../...../..... Sexo: M - F Nacionalidad ..... Estado civil.....  
Domicilio..... Localidad.....  
Provincia..... C.P. .... Tel.....

## DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa..... CUIT..... Contrato N °..... CIU.....  
Domicilio..... Localidad: .....  
Provincia..... C.P. .... Tel..... Fax..... E-mail:.....

## DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial..... CUIT.....  
Domicilio..... Localidad: .....  
Provincia..... C.P. .... Tel..... Fax..... E-mail:.....

## DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo  Accidente In Itinere  Enfermedad Profesional

Fecha del Accidente/ Primera manifestación invalidante Día.....Mes.....Año.....Hora

Fecha en que abandonó el trabajo Día.....Mes.....Año.....Hora Fecha de la primera atención médica Día.....Mes.....Año.....Hora

Reagravación de caso anterior  Fecha de Reagravación ...../...../..... Atención de la Reagravación ...../...../.....

Descripción del motivo de consulta.....

Indicaciones/Diagnóstico/Tratamiento:.....

Fecha de la próxima consulta (si corresponde): Día.....Mes.....Año.....Hora

**Lugar y Fecha  
de la Asistencia Médica**

**Firma y Sello del Médico**

Fecha de retorno al trabajo: Día.....Mes.....Año.....Hora

Fin de tratamiento: Día.....Mes.....Año.....Hora

Regresa al trabajo: SI  NO

Motivo de Cese de ILT: Alta Médica   
Rechazo   
Muerte

Transcurso de un año de la fecha del accidente de trabajo   
Declaración de Incapacidad Laboral Permanente (ILP)   
Por Derivación   
(Tipo de Derivación:.....)

Se estima Incapacidad: SI  NO

Sugerencia de Recalificación: SI  NO

"De acuerdo con la Resolución SRT N° 744/03, Usted tiene que ser citado para ser informado acerca de la estimación realizada sobre la Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva (I.L.P.P.D.) dentro de los próximos QUINCE (15) días hábiles a partir del día del alta ( \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ). En caso de duda, puede Usted comunicarse a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO al 0800-666-6778".

**Lugar y Fecha  
de la Asistencia Médica**

**Firma y Aclaración  
del Trabajador**

**Firma y Sello del Médico**