

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. fijo DDN: - Tel. Móvil: 0 -15- -

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo Accidente In Itinere Enfermedad Profesional Intercurrencia

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

Fecha de Alta Médica: Fecha: / / Hora:

Fecha de de Solicitud de Reingreso: Fecha: / / 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, Ud. puede concurrir a la Comisión Médica más cercana a su domicilio (o correspondiente a su jurisdicción), concurrendo personalmente a fin de someterse a evaluación médica".
Los datos de contacto de las Comisiones Médicas y de las ART están al dorso de este formulario