

# ART: \_\_\_\_\_

## 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 Matricula

ART	LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL PÚBLICO	HORARIOS DE ATENCIÓN DE LUNES A VIERNES
Asociart	0800-888-0095	08 a 19 hs
Berkley	0800-333-3031	10 a 18 hs
Caja Pop. de Tucumán	0800-888-0550	08 a 14 hs
Caminos Protegidos	0800-122-0145	10 a 17 hs
Experiencia	0800-222-3434	09 a 18 hs
Experta	0800-777-7278	08 a 20 hs / Sábados de 08 a 12 hs
Federación Patronal	0800-222-3535	08:30 a 17 hs
Galeno	0800-333-0808	09 a 19 hs
Horizonte	0800-222-0338	08 a 15:30 hs
IAPSER	0800-888-8278	07 a 14 hs
Interacción	0800-266-0055 CABA y GBA / 0800-266-0057 Interior	09:30 a 18 hs
La Holando	0800-999-4652	09 a 18 hs
La Segunda	0800-777-0036	Lu a Ju de 09 a 17:30 hs / Vi de 08:30 a 15:30 hs
Latitud Sur	0800-444-0016	08:30 a 12:30 hs y 14:30 a 18:30 hs
Líderar	0800-345-0340	09 a 17 hs
Omint	0800-555-0278	09 a 18 hs
Prevención	0800-555-5278	08 a 18:30 hs
Profru	0800-333-4177	10 a 17:30 hs
Provincia	0800-333-1278	09 a 18 hs
Reconquista	0800-999-3191	10 a 17 hs
Swiss Medical	0800-222-7854	08 a 20 hs
Victoria	0800-222-0564	10:30 a 18 hs