

# ART:

CONSTANCIA DE ATENCIÓN MÉDICA

Nº DE SINIESTRO: .....

## DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y nombre: ..... CUIL / DNI Nº .....

## DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: .....

## DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Descripción del motivo de consulta: .....

.....

Diagnóstico: .....

.....

Indicaciones / Tratamiento: .....

.....

.....

Fecha de próxima revisión: Fecha: ..... / ..... / ..... Hora: .....