ART: _____

CONSTANCIA DE SOLICITUD DE REINGRESO

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), concurriendo 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.

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica	Firma y Aclaración del Trabajador	Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula