

N° SINIESTRO: _____

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la empresa	CUIT	N° de Póliza	CIU
Domicilio	Localidad	Provincia	CP
Tel.	Fax	Email	

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y nombre	CUIL/DNI N°
Fecha de nacimiento / / Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nacionalidad Estado Civil
Domicilio	Localidad
Provincia	CP

FECHA SOLICITUD DE REINGRESO

	Día	Mes:	Año:	Hora:
Accidente de trabajo <input type="checkbox"/>	Accidente Itinere <input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional <input type="checkbox"/>	Intercurrencia <input type="checkbox"/>	
Fecha del accidente / Primera manifestación invalidante:	Día	Mes:	Año:	Hora:
Fecha inicio de la inasistencia laboral:	Día	Mes:	Año:	Hora:
Fecha de alta médica:	Día	Mes:	Año:	Hora:
Reagravación del caso anterior:	Fecha de Reagravación: / /	Atención Reagravación: / /		
Descripción del motivo de consulta:				

Indicaciones / Diagnóstico / Tratamiento:

Fecha de la Asistencia Médica:	Día	Mes:	Año:
--------------------------------	-----	------	------

ACEPTACIÓN DEL REINGRESO AL TRATAMIENTO

SI NO

En caso que no amerite el reingreso indicar el motivo que justifique la ratificación de alta:

_____ Lugar y fecha de la Asistencia Médica	_____ Firma y aclaración del Empleador o del Trabajador	_____ Firma, sello y Matrícula del Médico
--	--	--

Sr. Trabajador, en caso de discrepancia con esta decisión, Usted puede iniciar un trámite ante la Comisión Médica correspondiente. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas podrá consultarlos en el sitio de internet de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo www.srt.gob.ar.