

# ART:

## CONSTANCIA DE SOLICITUD DE REINGRESO

Línea gratuita de atención al público .....

Horarios de atención: de lunes a viernes de .....

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, 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](http://www.srt.gob.ar).

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula