

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.