

ART: GALENO A.R.T.

Cod.: 11007

Nº DE SINIESTRO: 2776378/100

CONSTANCIA DE ALTA MEDICA / FIN DE TRATAMIENTO

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: **FELIPA AMBORT CARMELA** CUIL / DNI Nº: **41520964** Nro H.C.: **340122**
 Fecha de Nacimiento: **26/08/1998** Sexo: M F
 Calle: **MARCELO T DE ALVEAR 885** Nro: Piso: Depto: Localidad:
 Provincia: CP: Tel.Fijo:DDN()- Tel.Movil: 0 -15-

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CBA**

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre Establecimiento Asistencial: **SANATORIO ALLENDE S.A.** C.U.I.T.: **30-54587142-0**
 Calle: **Av.Hipolito Irigoyen** Nro: **384** Piso: Depto: Localidad: **CORDOBA**
 Provincia: **CORDOBA** CP: **5000** Tel.:DDN()- C.U.I.T.: **30546670623**
 Mail: Fax:

DESCRIPCION DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo Accidente In Itinere Enfermedad Profesional Intercurrencia
 Fecha del Accidente / Primera Manifestacion Invalidante: **24 / 07 / 2025** Hora:
 Fecha de Inicio de la Inasistencia Laboral: Hora:
 Fecha de Primera Atencion Medica: **24/07/2025** Hora:
 Descripcion del Motivo de Consulta

Diagnostico Dx: INHALACION DE GAS EN FORMIDA-H2O
 Indicaciones / Tratamiento Control de toxicología

CONSTANCIA DE ALTA MEDICA

Tratamiento Medico Asistencial Pendiente: SI NO
 Odontologia Dermatologia Psicoterapia
 Fecha de proxima revision: Hora:
 Recalificacion Profesional: SI NO
 Fecha de retorno al trabajo: **30/07/2025** Hora:
 Fin de Tratamiento: **29/07/2025** Hora:
 Motivo de Cese de ILT:
 Alta Medica
 Rechazo
 Muerte
 Fin de Tratamiento
 Por Derivacion Tipo de Derivacion:.....
 Afeccion Inculpable SI NO
 Secuelas Incapacitantes: SI NO
 Prestaciones de mantenimiento: SI NO
 El trabajador ameritó tratamiento psicológico/psiquiátrico: SI NO
 El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I del Anexo II de la Resolución SRT Nº 886/17, modificado por la Resolución SRT Nº 3/21 SI NO

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO

Fin de Tratamiento: Fecha: / / Hora:
 Secuelas Incapacitantes SI NO
 Recalificacion Profesional SI NO
 Prestaciones de Mantenimiento SI NO
 El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico: SI NO
 El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido en el punto 13 del Anexo I y en el punto I del Anexo II de la Resolución SRT Nº 886/17, modificado por la Resolución SRT Nº 3/21 SI NO

ALTA MEDICA: Sr. Trabajador en caso de discrepancia con el Alta Médica, usted puede iniciar un trámite dentro de los CINCO (5) días hábiles 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.gov.ar)

FIN DE TRATAMIENTO: 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.gov.ar)

En caso de existir secuelas incapacitantes resultantes del siniestro, la A.R.T./ E.A. le informará, dentro de los próximos 20 (veinte) días hábiles administrativos, la fecha de audiencia ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral permanente

Cordoba **29/07/2025** Lugar y Fecha de la asistencia medica
 Firma y Aclaracion del Trabajador **Felipa Carmela Ambort**
 Firma y Sello Medico c/ Nº de Matricula **Cotichelli Martín Adrián Médico Cirujano Esp. en Medicina del Trabajo M.P.: 35495/A M.E.: 18659**



Universidad Nacional de Córdoba
2025

**Hoja Adicional de Firmas
Informe Gráfico**

Número:

Referencia: IMG_4798.jpg.pdf

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.