

CONSTANCIA DE ALTA MEDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Linea gratuita de atencion al publico: 0800-777-7278

Horarios de atencion: LUN A VIE 08:00 A 20:00HS / SAB DE 08:00 A 12:00HS

Nº DE SINIESTRO: 2266258

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: CARBALLO MARIELA DE LOS ANGELES CUIL / DNI Nº 23198936

Fecha de Nacimiento: 31/05/1973 Sexo: M [] F [X] Calle: LEONISMO ARGENTINO 473

Nro: _____ Piso: _____ Depto: _____ Localidad: CORDOBA CAPITAL Provincia: CORDOBA CP: 5000

Tel. Fijo: DDN 158072135 Tel.Movil: _____ Tel. Alternativo: _____

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: SANATORIO MAYO PRIVADO S.A. CUIT: 30-54588992-3

Calle: HUMBERTO PRIMO 520 Localidad: CORDOBA CAPITAL

Provincia: CORDOBA CP: _____ el.: DDN 4299281 AL 85 - 4217 Fax: _____

E-mail: info@rpcsrweb.com.ar

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de Trabajo [] Accidente In Itinere [X] Enfermedad Profesional [] Intercurrencia []
Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: 02/12/2025 Hora: 05:41
Fecha de inicio de la inasistencia laboral: 2/12/25 Hora:
Fecha de la primera atención médica: 02/12/2025 Hora: 05:41
Descripción del motivo de consulta: TORSION TOBILLO DERECHO

Diagnóstico: ESGUINCE TOBILLO DERECHO
Indicaciones / Tratamiento: ANALGSIA, VENDAJE, FKT. REPOSO LABORAL

CONSTANCIA DE ALTA MEDICA [X]
Tratamiento médico asistencial pendiente: Si [] No [X]
Odontología [] Dermatología [X] Psicoterapia []
Fecha de próxima revisión: _____ Hora: _____
Recalificación profesional: Si [] No [X]
Fecha de retorno al trabajo: 10/12/25 Hora:
Fin de tratamiento: 9/12/25 Hora:
Motivo de cese de ILT:
Alta médica: [X]
Rechazo: []
Muerte: []
Fin de tratamiento: [X]
Por derivación: [] Tipo de derivación: _____
Afección Inculpable: Si [] No [X]
Secuelas Incapacitantes: Si [] No [X]
Prestaciones de mantenimiento: Si [] No [X]
El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico: Si [] No [X]
El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido en el punto 13 del anexo 1 y en el punto 1 del anexo 2 de la resolución SRT Nº 886/17, modificado por la resolución SRT Nº 3/21: Si [] No [X]

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO [X]
Fin de tratamiento: 9/12/25 Hora:
Secuelas Incapacitantes: Si [] No [X]
Recalificación profesional: Si [] No [X]
Prestaciones de mantenimiento: Si [] No [X]
El trabajador ameritó tratamiento psicológico y/o psiquiátrico: Si [] No [X]
El trabajador ameritó estimación de secuelas incapacitantes, de conformidad con lo establecido en el punto 13 del anexo 1 y en el punto 1 del anexo 2 de la resolución SRT Nº 886/17, modificado por la resolución SRT Nº 3/21: Si [] No [X]

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 de Trabajo (www.srt.gob.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 de Trabajo (www.srt.gob.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.

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador
MARIELA CARBALLO

Firma y Sello Médico c/ Nº de Matrícula

DEONIMA BULLETTI
MEDICA
M.P. 2334517