

ART:

GALENO ART

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

N° DE SINIESTRO: 2773238

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: TULA, HECTOR FERNANDO

CUIL / DNI N° (CUIL: 20-37900469-6)

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: UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: centro medico TIANO

CUIT: 30709193712

Calle: sarmiento Nro: 274 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: cba capital

Provincia: cordoba CP: 5000 Tel.: DDN(351) - 4257845 Fax: _____

Mail: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo Accidente In Itinere Enfermedad Profesional Intercurrencia

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: Fecha: 25 / 06 / 2025 Hora: _____

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: 25 / 06 / 2025 Hora: _____

Fecha de primera atención médica: Fecha: 25 / 06 / 2025 Hora: _____

Descripción del motivo de consulta: QUEMADURA EN ROSTRO

Diagnóstico: QUEMADURA EN ROSTRO

Indicaciones / Tratamiento: ALTA LABORAL CON CONTROLES MENSUALES DE CICATRIZ

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI NO

Odontología Dermatología Psicoterapia

Fecha de próxima revisión: Fecha: 28 / 07 / 2025 Hora: _____

Recalificación profesional: SI NO

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 28 / 06 / 2025 Hora: _____

Fin de tratamiento: Fecha: ___/___/___ Hora: _____

Motivo de cese de ILT:

Alta Médica:

Rechazo:

Muerte:

Fin de tratamiento:

Por derivación: Tipo de derivación: _____

Afección inculpable SI NO

Secuelas incapacitantes: SI NO

Prestaciones de mantenimiento: SI NO

ALTA MÉDICA: Sr. Trabajador en caso de discrepancia con el alta médica otorgada, usted puede presentarse dentro de los 5 (cinco) días hábiles ante 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.

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO

Fin de tratamiento: Fecha: ___/___/___ Hora: _____

Secuelas incapacitantes: SI NO

Recalificación profesional: SI NO

Prestaciones de mantenimiento: SI NO

FIN DE TRATAMIENTO: Sr. Trabajador en caso de discrepancia con esta decisión, usted puede concurrir a la Comisión Médica más cercana a su domicilio o correspondiente a su jurisdicción. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas y de las ART están al dorso de este formulario.

CORDOBA 27/06/2025

Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/ N° de Matrícula

CARLOS E. DAYER
MÉDICO CIRUJANO M.P. 32954
ESP. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
M.E. 15933
ESP. MEDICINA DEL TRABAJO
M.E. 10200



Universidad Nacional de Córdoba
2025

**Hoja Adicional de Firmas
Informe Gráfico**

Número:

Referencia: Alta médica - ART

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