

# ART: GALENO

## CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

Nº DE SINIESTRO: 2770742/100

### DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: SAMANIEGO, RICARDO RAFAEL CUIL / DNI 20-39607189-5  
 Fecha de nacimiento: / / Sexo: M  F   
 Calle: PJE SAN AGUSTIN Nro: 332 Piso: 3 Depto G Localidad CORDOBA  
 Provincia CORDOBA CP: 5000 Tel. Fijo: DDN ( ) - Tel. Móvil: 351 -15 3498442

### DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la empresa: UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA CUIT: 30-54667062-3

### DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: CENTRO MEDICO GALENO ART CORDOBA CUIT: 30-68522850-1  
 Calle: SARMIENTO Nro: 274 Piso: 0 Depto 0 Localidad CORDOBA  
 Provincia: CORDOBA CP: 5000 Tel.: DDN ( 03543 ) - 406548 Fax: \_\_\_\_\_  
 Mail: \_\_\_\_\_

### DESCRIPCION DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo  Accidente In Itinere  Enfermedad Profesional  Intercurrencia   
 Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: 30/05/2025 Hora: 12:00  
 Fecha de inicio de la inasistencia laboral: 02/06/2025 Hora: 00:00  
 Fecha de primera atención médica: 02/06/2025  
 Descripción del motivo de consulta: caída de su altura,

Diagnóstico: LUMBALGIA

Indicaciones / Tratamiento: CONTROL EN LA FECHA EVOLUCION FAVORABLE, SIN ALGIAS MARCHA EUBASICA, FUNCION COMPLETA EN LA FECHA SE OTORGA ALTA MEDICA Y LABORAL SIN IP -PEREZ T-

### CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA

### CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO

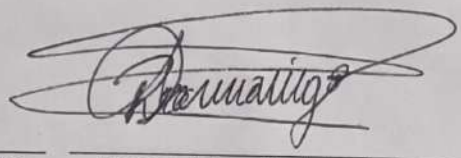
Tratamiento médico asistencial pendiente: SI  NO   
 Odontología  Dermatología  Psicoterapia   
 Fecha de próxima revisión: / /  
 Recalificación profesional: SI  N   
 Fecha de retorno al trabajo: 05/06/2025 Hora 00:00  
 Fin de tratamiento: 04/06/2025 Hora 00:00  
 Motivo de cese de ILT:  
 Alta médica:   
 Rechazo:   
 Muerte:   
 Fin de tratamiento:   
 Por derivación:   
 Afección inculpable SI  N   
 Secuelas incapacitantes: SI  N   
 Prestaciones de mantenimiento: SI  N

Fin de Tratamiento: Fecha 04/06/2025 Hora 00:00  
 Secuelas incapacitantes: SI  NO   
 Recalificación profesional: 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

**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.

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.



  
 PEREZ TIRANTI, DANTE EUGENIO  
 M.P. 316192

CORDOBA 04/06/2025  
 Lugar y Fecha de la Asistencia Médica

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/ Nº de Matrícula