

Parte Médico de Ingreso

Nº de siniestro:.....

Datos del Prestador Médico.

Nombre del Establecimiento.....
Domicilio:.....
Teléfono: (.....)..... Fax: (.....)..... Mail:.....

Datos del accidentado

Nombre y apellido:..... Fecha de nacimiento.....
CUIL..... Tipo y número de documento:..... Sexo: H / M
Domicilio: Localidad:.....
Provincia: CP:..... Teléfono: (.....)..... Celular:.....(15).....

Datos del empleador

Razón Social:..... CUIT..... Teléfono:.....

Datos del siniestro

Enfermedad Profesional:..... Accidente en el trabajo:..... Accidente in itinere:
Fecha del accidente:...../...../..... Hora del accidente: :
Fecha de inicio de la primera inasistencia laboral: ___/___/___

Forma de ocurrencia (Describa detalladamente lo ocurrido):.....
.....
.....
.....
.....
.....

Lugar de ocurrencia:.....
Parte/s del cuerpo afectada/s:.....
¿Tuvo alguna asistencia médica previa?: SI/No Fecha de atención:...../...../.....
¿En qué Centro Médico?.....

Esta Aseguradora hará uso de los 10 días hábiles adicionales establecidos en el Decreto 1475/15 sobre Riesgos del Trabajo a los fines de realizar la investigación del siniestro denunciado.

Firma del Accidentado

Aclaración

____/____/____
Fecha

Datos a completar por el médico tratante

Diagnóstico.....
¿Padece alguna enfermedad? (Detalle):.....
Antecedentes de lesiones:
Indicaciones/Tratamiento:.....
Fecha de la próx. Revisión (de corresponder): ___/___/___ Corresponde baja laboral: SI / NO
Fecha de retorno al trabajo (en caso de ser posible) ___/___/___

Firma del médico tratante

Prestador Médico

____/____/____
Fecha