

Alta Médica Laboral

Datos a Completar por el Prestador Habilitado

Nro. Siniestro: _____ Fecha: ____/____/____
 Hora: ____ : ____ Lugar: _____

Datos del Trabajador

Nombre y Apellido: _____
 CUIL: DNI:
 Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: F M
 Estado Civil: S C V D E H Nacionalidad: _____
 Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Depto.: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____
 Teléfono: _____ Email: _____
 Tareas Laborales: _____

Datos de la Empresa

Razón Social: _____ Contrato Nro.: _____
 CUIT: Teléfono: _____ Fax: _____

Datos del Prestador

Nombre del Establecimiento Asistencial: _____
 Código QBE: _____ CUIT:
 Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Depto.: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____
 Email: _____

Datos de la Finalización de la Incapacidad Temporaria

Fecha del Accidente: ____/____/____ Fecha de Alta Médica Laboral: ____/____/____
 Diagnóstico de Alta: _____
 Código CIE10: _____ Tipo de Egreso: _____
 Presenta Incapacidad: SI* NO Regresa al Trabajo: SI NO Rechazo: SI NO
 Abandono de Tratamiento: SI NO Defunción: SI NO Sugerencias de Recalificación: SI* NO

* En caso afirmativo el damnificado debe comunicarse con QBE ARGENTINA ART S.A. dentro de las 48 hs.

Tipo de Atención Recibida

Ambulatoria: _____ Rehabilitación – Cantidad de Sesiones: _____
 Recalificación: _____ Interv. Quirúrgica – ¿Cuál?: _____
 Prótesis / Órtesis – ¿Cuál?: _____
 Total Días: _____
 Internación: SI NO Total Días Internación: _____
 Sr. Trabajador: en caso de discrepancia con esta decisión Ud. puede concurrir a la Comisión Médica sita en: Domicilio: _____
 Horario: _____ Teléfono: _____ . Para ello deberá hacerlo dentro del plazo de DOS (2) años previsto por el artículo 44 de la Ley N° 24.557.

Firma y sello del Médico que otorga el Alta Laboral

Damnificado / Derecho-Habiente (Notificación)