

Médica Inicial

Datos a Completar por el Prestador Habilitado

Nro. Siniestro: _____ Fecha: ____/____/____
Historia Clínica: _____

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: _____

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: _____

Características del Siniestro

Tipo de Accidente: De Trabajo Itínere Enf. Profesional Fecha Primera Atención (en caso de enfermedad profesional): ____/____/____
Fecha del Accidente: ____/____/____ Hora: ____ : ____ Fecha Primera Atención: ____/____/____ Hora: ____ : ____
Descripción del Accidente: _____

Naturaleza de la Lesión (código Tabla 3): _____
Zona Afectada (código Tabla 4): _____
Mano Hábil: Derecha Izquierda Asistencia Médica Anterior: SI NO
Centro Asistencial: _____
Diagnóstico: _____
Código CIE 10: _____ Gravedad: Leve Moderado con intervención Grave Mortal
Es Patología Denunciable: SI NO Supone Incapacidad: SI NO Sugerencia de Rechazo: SI NO
Estudios Solicitados: _____ Fecha Próxima Consulta: ____/____/____

Profesional Interviniente

Nombre y Apellido: _____
Matrícula Nro.: _____ Lugar: _____ Fecha: ____/____/____
Internación: SI NO Total Días Internación: _____

De acuerdo con la Resolución SRT N° 744/03, Usted tiene que ser citado para ser informado acerca de la estimación realizada sobre la Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva (I.L.P.P.D.) dentro de los próximos QUINCE (15) días hábiles a partir del día del alta (____/____/____). En caso de duda, puede Usted comunicarse a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO al 0800-666-6778.

Firma

Sello

Médica Inicial

► Tabla de Referencias

Tabla Nro. 3
Naturaleza de la lesión
(Res. SRT 31/97)

- 01 Escoriaciones
- 02 Heridas punzantes
- 03 Heridas cortantes
- 04 Heridas contuso/anfractuosas
- 05 Heridas de bala
- 06 Pérdida de tejidos
- 07 Contusiones
- 08 Traumatismos internos
- 09 Torceduras y esguinces
- 10 Luxaciones
- 11 Fracturas
- 12 Amputaciones
- 13 Gangrenas
- 14 Quemaduras
- 15 Cuerpo extraño en ojos
- 16 Enucleación ocular
- 17 Intoxicaciones
- 18 Asfixia
- 19 Efectos de la electricidad
- 20 Efectos de las radiaciones
- 21 Disfunciones orgánicas (Elaborar informe especial)
- 99 Otros (Elaborar informe especial)

Tabla Nro. 4
Zona Cuerpo
(Res. SRT 31197)

- 001 Región craneana (cráneo, cuero cabelludo)
- 002 Ojos (con inclusión de los párpados, la órbita y del nervio óptico)
- 006 Boca (con inclusión de labios, dientes y lengua)
- 009 Cara (ubicación no clasificada en otros epígrafes)
- 010 Nariz y senos paranasales
- 015 Cabeza, ubicaciones múltiples
- 016 Cuello
- 020 Región cervical (columna vertebral y músculos adyacentes)
- 021 Región dorsal (columna vertebral y músculos adyacentes)
- 022 Región lumbosacra (columna vertebral y músculos adyacentes)
- 023 Tórax (costillas, esternón)
- 024 Abdomen (pared abdominal)
- 025 Pelvis
- 029 Tronco, ubicaciones múltiples
- 030 Hombro (con inclusión de clavícula, omóplato y axila)
- 031 Brazo
- 032 Codo
- 033 Antebrazo
- 034 Muñeca
- 035 Mano (con excepción de los dedos solos)
- 036 Dedos de las manos
- 039 Miembro superior, ubicaciones múltiples
- 040 Cadera
- 041 Muslo
- 042 Rodilla
- 043 Pierna
- 044 Tobillo
- 045 Pie (con excepción de los dedos solos)
- 046 Dedos de los pies
- 049 Miembro inferior, ubicaciones múltiples (Elaborar informe especial)
- 050 Aparato cardiovascular en general
- 070 Aparato respiratorio en general
- 080 Aparato digestivo en general
- 100 Sistema nervioso en general
- 133 Mamas
- 134 Aparato genital en general
- 135 Aparato urinario en general
- 140 Sistema Hematopoyético en general
- 150 Sistema Endócrino en general
- 160 Piel (sólo afecciones dérmicas)
- 180 Aparato Psíquico en general
- 181 Ubicaciones múltiples (compromiso de dos o más zonas afectadas especificadas en la tabla)