



Formulario específico N° FE-07-04

CONSTANCIA DE ALTA MEDICA DE ART

1-1

El usuario de este documento es responsable de verificar la vigencia del mismo consultando en el índice de documentos en el sitio www.magnamed.com.ar.

CONSTANCIA DE ALTA MEDICA DE A.R.T.

ASEGURADORA:	
TRABAJADOR:	
Apellido y Nombre: _____ CUIL: _____	
EMPLEADOR: _____	
Fecha del siniestro: ____/____/____	Fecha de alta Médica laboral: ____/____/____
FECHA DE REINICIO LABORAL: ____/____/____	
A : Actividad habitual:	<input type="checkbox"/>
B : En rehabilitación:	<input type="checkbox"/>
C : Tareas adecuadas:	<input type="checkbox"/>
D : Sugerencias de recalificación:	<input type="checkbox"/>
E : Continua tratamientos por afección inculpable:	<input type="checkbox"/>
Reconsulta: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tipo: <input type="text"/> Dias: <input type="text"/>
Fecha: / /	
OBSERVACIONES: _____	

Firma del trabajador	Sello y Firma del Médico que otorga el alta laboral
ORIGINAL: Para ser entregado por el trabajador en la Empresa.	

Incorporado por: Dr. Luis Verruno

Anexo N°: 1

Función: DIRECTOR

Revisión: N°
Fecha: 27/07/04