

INFORME DE ATENCION MEDICA INICIAL		
Aseguradora:		Nº de Siniestro
datos del trabajador		
Apellido y Nombre:		C.U.I.L.:
Domicilio:		Localidad:
Provincia:	C.P:	Tel.Cel.:
DATOS DEL EMPLEADOR		
Apellido y Nombre:		C.U.I.L.:
Domicilio:		Localidad:
Provincia:	C.P:	Tel.Cel.:
DATOS DEL PRESTADOR		
Nombre del Establecimiento Asistencial: Hospital Regional Río Gallegos		
Localidad. Río Gallegos	Provincia: Santa Cruz	C.U.I.L.: 30-67367986-9
CARACTERISTICAS DEL SINIESTRO		
Fecha y hora del accidente:/...../..... :..... hrs.		
Fecha y hora en que abandonó el trabajo:/...../..... :..... hrs.		
Fecha y hora de la primera atención:/...../..... :..... hrs.		
Cómo ocurrió el accidente?:.....		
Forma de accidente (cód):	Agente causante del echo (cód):	
Naturaleza de la lesión (cód)	Zona afectada (cód):	Mano Hábil: Izq Der.
Tubo atención médica previa? Si No	Centro Asistencial:	
Diagnóstico de Ingreso:.....		
.....	Código CIE 10:	
Se encuentra dentro de los accidentes de la Res. 79 de la S.R.T.? Si No (Informarlo dentro de las 12 hs.)		
Gravedad:LeveModerado sin internaciónModerado con internaciónGraveMortal		
Sugiere rechazo: Si No	Causal:Enf.Acc.InculpablePreexistenciaCon Baja	
Estudios solicitados:.....		
PROFESIONAL INTERVINIENTE	CONDICION LABORAL	
..... Firma y sello del Profesional	Baja Laboral: Si No	Días estimados:
	Supone Incapacidad: Si No	
	Reconsulta: Si No	
	Fecha:/...../.....	Hora::.....