

5 Datos obligatorios que debe tener el Parte Médico de Ingreso (PMI)

1



Parte Médico de Ingreso

N° de siniestro:.....

Datos del Prestador Médico.

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

Datos del accidentado

Nombre y apellido:..... Fecha de nacimiento:.....
CUIT:..... 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 (Describe 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.

3

Firma del Accidentado _____ Aclaración _____ Fecha _____

2

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 _____

4

Fecha _____

EXPERTA ART.

ARCOS 3631 (11429BTA) CIUDAD DE BUENOS AIRES - ARGENTINA TEL.: 0800-7777-278(ART)

1. Debe estar identificado con el logo de Experta ART



2. El trabajador que recibe la atención por primera vez debe FIRMAR, ACLARAR Y PONER LA FECHA



3. El PMI firmado debe contener la siguiente leyenda "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"

4. Firma y aclaración del médico tratante



5. Este documento debe enviarse al Case Manager dentro de los 5 días corridos luego de la atención



¡Gracias! Juntos, podemos seguir mejorando la calidad del servicio.