ispro
INSTITUTO DE SEGUROS
DE LA PROVINCIA

Santa Cruz
Gobierno de la provincia

Formulario N°4
Alta Médica del Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional (1)

Denuncia N°(2): _____

Lugar: _____ Fecha: _____ Hora: _____

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellido: _____ DNI: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ Teléfono: _____

DATOS DEL EMPLEADOR

Domicilio: _____ CUIT: _____
Provincia: _____ CP: _____
Localidad: _____ Teléfono: _____

Diagnostico de alta: Según Código OMS (CEPS - 10 o CIE - 10):

_____
_____
_____

Tipo de alta: Sin Incapacidad ◯ Con Incapacidad: ◯ Defunción ◯

Prestación en especie:

_____
_____
_____

Medición de incapacidad: Según Dec. N°659 y Dec. N°658 Ley N°24.557.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Fecha denuncia: Alta Laboral: Alta Médica:

_____
Firma y Sello del Responsable
Área Medicina del Trabajo
(Gerenciadora)

_____
Firma y Sello del Trabajador
o Derecho habientes.
Fecha: _____ Hora: _____

(1) Se deberá notificar a la SETySS y al trabajador a efectos de ser incorporado al expediente correspondiente.
(2) Otorgado por la Gerenciadora de Riesgo al momento de la denuncia telefónica.