



# ANEXO

## *Boletín Oficial N° 18.102*

7 de Mayo de 2009



### DECRETO N° 1901

A.P.P. Aprueba Procedimientos, Formularios e Instructivos  
para la realización del Examen Médico Preocupacional.  
Denuncia de Accidente de Trabajo y/o Enfermedad Profesional.  
Examen Médico de Egreso y Periódico. Firma (ASOCIART S.A.)  
Aseguradora de Riesgo de Trabajo

---

**PROVINCIA DE SALTA**

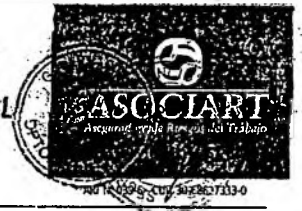
---



ES COPIA

RINA DE TORRES  
Programa Leyes y Decretos  
Secretaría Gen. de la Gobernación

**DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL**



DECRETO Nº 1901

**EMPLEADOR**

Nombre de la empresa	CUIT	Contrato Nº	CIU
Domicilio	Localidad	Provincia	CP
Tel	Fax	Email	

**ESTABLECIMIENTO DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE O DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD PROFESIONAL**

Nombre	CUIT ocurrencia o detección	Código Establecimiento
CIU	Domicilio	Localidad
Pcia. de ocurrencia o detección	CP	Empresa subcontratada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**DATOS DEL TRABAJADOR**

Apellido y nombre	Tipo y nº de documento	
CUIL	Nacionalidad	Tel
Domicilio	Localidad	Fecha de nacimiento / / Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		Provincia CP

Estado Civil	Soltero	Casado	Viudo	Divorçado	Separado	Unión Hecho
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de ingreso en la empresa / /	Fecha de ingreso al establecimiento / /	Turno de trabajo habitual <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Rotativo
Jornada habitual (Desde/Hasta)	Situación contractual	Fecha último examen periódico / /
Obra social	Sistema Jubilatorio <input type="checkbox"/> Reparto <input type="checkbox"/> Capitalización AFJP	
Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de Enfermedad Profesional	Antigüedad	
Puesto de trabajo anterior	Antigüedad	

**INFORMACION SOBRE EL SINIESTRO**

Accidente de trabajo  Enfermedad profesional  
 En el trabajo  En otro centro o lugar de trabajo  Al ir o volver del trabajo  Desplazamiento en su jornada laboral  Otro

**ACCIDENTE DE TRABAJO**

Fecha / /	Horario de la jornada el día del accidente	Hora accidente
Fecha de inicio de la inasistencia laboral / /	Realizaba una tarea habitual al momento del accidente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Descripción del accidente y sus consecuencias		

Agente material asociado	Diagnóstico	1	2	3
	Naturaleza de la lesión	1	2	3
Firma del accidente	Zona del cuerpo afectada	1	2	3

**ENFERMEDAD PROFESIONAL**

	Descripción de la EP	Agente Material Asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo Afectada	Tiempo de Exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Forma de diagnóstico (ver tabla)	Fecha de inicio de la inasistencia laboral
Agente Causante 1 (Ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
Agente Causante 2 (Ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
Agente Causante 3 (Ver tabla)	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						

**LA ENFERMEDAD SE DETECTO EN (códigos de detección de la enfermedad)**

Examen preocupacional	P	Ausencia prolongada	A	Sanatorio Privado	N	Peritaje Judicial	J
Examen periódico	R	Transferencia de puesto de trabajo	T	Hospital público	H	Comisión Médica	S
Examen de egreso	E	Obra social	O	Consulta en Amb. no Hospit.	M	Prestación ART	B

**Centro Asistencial**

Domicilio	Localidad
Provincia	Tel
	CP

**ACCIDENTE EN ITINERE**

Denuncia policial Nº \_\_\_\_\_ (Adjuntar copia) Comisaría \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_

Firma del denunciante \_\_\_\_\_  
 Aclaración del denunciante \_\_\_\_\_  
 DNI del denunciante \_\_\_\_\_

LAS TABLAS PARA COMPLETAR EL FORMULARIO ESTAN DISPONIBLES EN LA WES

COPIA

MINISTERIO DE HONRES  
Programa Leyes y Decretos  
Secretaría General de la Gobernación



# SOLICITUD DE ATENCION

DECRETO Nº 1901

ART Nº 039-6 - CUIT 30-68627333-0

## EMPLEADOR

Razón social Nº de contrato

CUIT Domicilio

Solicitamos brinden asistencia médica al trabajador indicado a continuación, el cual ha sufrido un accidente el día  
a las horas mientras prestaba sus servicios para este empleador.

## TRABAJADOR

Apellido y nombre CUIL

Doc. Tipo y Nº

Puesto de trabajo al momento del siniestro

## ACCIDENTE

Lugar donde se produjo el accidente

Domicilio CP

Localidad Provincia Pais

Forma en que se produjo

Agente causante

Firma y sello del empleador PRESTADOR

CONSTANCIA DE ASISTENCIA MEDICA / FIN DE TRATAMIENTO



Decreto N° 1901

ART N° 029 de Ley N° 10.682/93

CONSTANCIA DE ASISTENCIA MEDICA

FIN DE TRATAMIENTO

Historia clínica N°

Sinistro N°

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y nombre

CUIT / DNI N°

Fecha de nacimiento / /

Sexo  M  F

Nacionalidad

Estado civil

Domicilio

Localidad

Provincia

CP

Tel

Email

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la empresa

CUIT

Contrato N°

CIU

Domicilio

Localidad

Provincia

CP

Tel

Fax

Email

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del establecimiento asistencial

CUIT

Domicilio

Localidad

Provincia

CP

Tel

Fax

Email

DESCRIPCION DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

Accidente de trabajo

Accidente in itinere

Enfermedad Profesional

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante

Día:  Mes:  Año:  Hora:

Fecha en que abandonó el trabajo

Día:  Mes:  Año:  Hora:

Fecha de la primera atención médica

Día:  Mes:  Año:  Hora:

Reagravación de caso anterior

Fecha de reagravación / /

Atención de la reagravación / /

Descripción del motivo de consulta

Indicaciones / Diagnóstico / Tratamiento

Fecha de la próxima consulta (si corresponde) Día:  Mes:  Año:  Hora:

Lugar y fecha de la asistencia médica

Firma y sello del médico

Fecha de retorno al trabajo Día:  Mes:  Año:  Hora:

Fin del tratamiento Día:  Mes:  Año:  Hora:

Regresa al trabajo  Si  No

MOTIVO DE CESE DE ILT

Alta médica

Rechazo

Muerte

Transcurso de un año de la fecha del accidente

Declaración de Incapacidad Laboral Permanente (ILP)  Por derivación

Tipo de derivación

Se estima incapacidad  Si  No Sugereencia de Recalificación  Si  No

"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 0800-566-6778"

Lugar y fecha de la asistencia médica

Firma y aclaración del Trabajador

Firma y sello del médico

LES COPIA

ANA K. DE TORRES  
Programa Leyes y Decretos  
Secretaría Gral. de la Gobernación

## DECRETO N° 1901

1901

C. MEDICA	PROVINCIA	DIRECCION	C. POSTAL	LOCALIDAD	TELEFONOS	HORARIOS
CENTRAL	Capital Federal	Moreno N° 401 4° piso	1091	Capital Federal	0800-333-0049	de 9 a 13 hs.
10 A	Capital Federal	Moreno N° 401 PB	1091	Capital Federal	0800-333-0049	de 9 a 13 hs.
10 B	Capital Federal	Moreno N° 401 PB	1091	Capital Federal	0800-333-0049	de 9 a 13 hs.
10 C	Capital Federal	Moreno N° 401 PB	1091	Capital Federal	0800-333-0049	de 9 a 13 hs.
10 D	Capital Federal	Moreno N° 401 PB	1091	Capital Federal	0800-333-0049	de 9 a 13 hs.
10 E	Capital Federal	Moreno N° 401 PB	1091	Capital Federal	0800-333-0049	de 9 a 13 hs.
10 F	Capital Federal	Moreno N° 401 PB	1091	Capital Federal	0800-333-0049	de 9 a 13 hs.
10 G	Capital Federal	Moreno N° 401 PB	1091	Capital Federal	0800-333-0049	de 9 a 13 hs.
10 H	Capital Federal	Moreno N° 401 PB	1091	Capital Federal	0800-333-0049	de 9 a 13 hs.
10 I	Capital Federal	Moreno N° 401 PB	1091	Capital Federal	0800-333-0049	de 9 a 13 hs.
001	Tucumán	Avelaneda N° 479	4000	San Miguel	0381-4222987	de 7 a 12 hs
002	Chaco	Ayacucho 710	3500	Resistencia	03722-411484	de 8 a 12 hs.
003	Misiones	Junin N° 2431 (Ex 619)	3300	Posadas	03752-427671	de 8 a 12 hs.
004	Mendoza	Gral. Gutiérrez N° 744	5500	Mendoza	0261-4235299	de 8 a 12 hs.
005	Córdoba	Rosario de Santa Fe 264 piso 2°	5000	Córdoba	0351-4230385	de 8 a 12 hs.
006	Córdoba	San Juan 1374	5900	Villa María	0353-4536278	de 8 a 12 hs.
007	Santa Fe	Sarmiento 656	2000	Rosario	0341-4264143	de 8 a 12 hs.
007 B	Santa Fe	Sarmiento 656	2000	Rosario	0341-4264143	de 8 a 12 hs.
008	Entre Ríos	Catamarca N° 140	3100	Paraná	0343-4222660	de 8 a 12 hs.
009	Neuquén	Fotheringham N° 478	8302	Neuquén	0299-4423274	de 8 a 12 hs.
011	Buenos Aires	Calle 48 N° 726 6° A	1900	La Plata	0221-4276677	de 8 a 12 hs.
012	Buenos Aires	Gral. Juan G. de Las Heras N° 2543	7600	Mar del Plata	0223-495-1900	de 8 a 12 hs.
013	Buenos Aires	Mitre N° 304	8000	Bahía Blanca	0291-4518371	de 8 a 12 hs.
014	Buenos Aires	Av. Gral. Jose de San Martín N° 441/5	6000	Junín	02362-444240	de 8 a 12 hs.
017	La Pampa	Dr. Lisandro de la Torre N° 130	6300	Santa Rosa	02954-454350	de 11 a 15 hs.
018	Río Negro	Buenos Aires N° 17	8500	Viedma	02920-423131	de 13 a 17 hs.
019	Chubut	Av. Rivadavia N° 833	9000	Comodoro Rivadavia	0297-4440800	de 11 a 15 hs.
020	Santa Cruz	Av. Gdor. Juan M. Gregores N° 29	9400	Río Gallegos	02966-433120	de 8 a 12 hs.
021	Tierra del Fuego	Juana Fadul 118 piso 1° Df. C	9410	Ushuaia	02901-436885	de 13 a 17 hs.
022	Jujuy	Güemes 672	4600	San Salvador	0388-4229120	de 12 a 16 hs.
023	Salta	Juan Martín Leguizamón N° 341	4400	Salta	0387-4228511	de 7:30 a 11:30 hs.
024	Catamarca	Av. Manuel Belgrano N° 608	4700	Catamarca	03833-422646	de 8 a 12 hs.
025	La Rioja	Calle 9 de Julio 364	5300	La Rioja	03422-424650	de 8 a 12 hs.
026	San Juan	Bm. Mitre 224/226 Oeste	5400	San Juan	0264-4273143	de 8 a 12 hs.
027	San Luis	Bolívar 944	5700	San Luis	02652-439576	de 12 a 16 hs.
028	Formosa	Comandante Fontana 1099	3600	Formosa	03717-423880	de 8 a 12 hs.
029	Santiago del Estero	Av. Gral. Julio A. Roca Sur N° 246	4200	Santiago del Estero	0385-4215228	de 13 a 17 hs.
030	Corrientes	Buenos Aires N° 1456	3400	Corrientes	03783-430403	de 8 a 12 hs.
031	Buenos Aires	Gral. Martín M. de Güemes N° 779	2800	Zárate	03487-431640	de 8 a 12 hs.

C. MEDICA	PROVINCIA	DIRECCION	C. POSTAL	LOCALIDAD	TELEFONOS
A01	Salta	Las Heras 9	4400	Salta	
E01	Entre Ríos	Velez Sarfield 402	3200	Concordia	0345-4212219
C01	Buenos Aires	Bm. Mitre 755	1036	Capital Federal	4321-3500
C02	Buenos Aires	Bm. Mitre 755	1036	Capital Federal	4321-3500
U01	Chubut	Bm. Mitre 417	9100	Trelew	02965-429159
R01	Río Negro	Chacabuco 1402	8332	General Roca	02941-422331/429591
B01	La Plata	Calle 55 N° 737-piso 4° dto. B	1900	Buenos Aires	0221-4234060
S01	Santa Fe	Rioja 624	2000	Santa Fe	0341-4252822
T01	Tucumán	Monteagudo 164	4000	San M. de Tucumán	
X01	Río Cuarto	Gral. Paz 563	5800	Río Cuarto	0358-4701360
M01	Mendoza	Pedro Molina 546	5500	Mendoza	0261-4291962

ES COPIA

RIPA R. DE TORRES  
 Programa Leyes y Decretos  
 Secretaría Gral. de la Gobernación