

CERTIFICADO DE ALTA MÉDICA LEY N° 16.744

Número de Certificado

Fecha de Emisión del Certificado

A. Identificación del Caso

Código Único Nacional (CUN)

Calificación:

Accidente del Trabajo

Enfermedad Profesional

Accidente de Trayecto

Fecha de la DIAT o DIEP

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

RUT

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

Comuna

Número de Teléfono

C. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social

RUT

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)

Comuna

D. Datos del Alta Médica o Cierre del Caso

Tipo de Alta:

(Indique la opción que corresponde, 1, 2, 3, 4 o 5)

Fecha del Alta:

1.- Término de los tratamientos del trabajador.

Indique si se presume que existe Invalidez

No

Si

.....

En este caso, el organismo administrador solicitará o iniciará el trámite para evaluar su incapacidad permanente dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de emisión de esta Alta Médica.

Cierre de Caso:

2.- Derivación Art. 77 bis de la Ley 16.744

3.- Por abandono de tratamiento

4.- Por fallecimiento

5.- Otro motivo

Indique cuál:

E. Identificación del Médico

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno

RUT

Firma del Médico

Timbre Organismo