



Ministerio de Producción y Trabajo
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Fecha:

ACTA DE AUDIENCIA MÉDICA**DATOS PRINCIPALES**

Nro. Expdte SRT:

Comisión Médica:

Damnificado:

Fecha Nacimiento:

ART/EA: 00051 - PROVINCIA

Localidad: I

Edad: 48

Nro AT/EP:

DATOS DE LA AUDIENCIA

Motivo de la Presentación: Rechazo de la Contingencia Ley 27348

Concurrentes:

Asesor Letrado:

Damnificado:

Perito Médico de la ART/EA:

Tipo de AT/EP: Enfermedad Profesional

Intercurrencia: NO

1era Manifestación: 10/06/2019

Sector de Trabajo: FABRICA DE ALIMENTOS

Tareas Habituales del Damnificado:

Antigüedad en la Tarea: 15 años

Antigüedad en la Empresa: 15 AÑOS

Agentes de Riesgo: OTROS ELEMENTOS EN EL INTERIOR

DEL MEDIOAMBIENTE DE TRABAJO NO ONCLUIDOS

BAJO ESTE EPIGRAFE

Es correcto: SI

PREEXISTENCIAS

Nro Expte:

ATEP: Motivo: Divergencia en el Alta, CM o OHV del Dictamen: BAHIA BLANCA, Fecha de

Actual: Archivado, Fecha del Estado Actual:

Nro Expte:

de ATEP: Motivo: Determinación de la Incapacidad, CM o OHV del Dictamen: Fecha

Fecha del Dictamen: Porc. Incapacidad: 4.80, Tipo: PERMANENTE, Grado:

Asesor Letrado

Damnificado

Perito Médico de la ART/EA

Expediente:

Parcial, Carácter:

Otras Preexistencias: Nro. Expdte.

Menisectomia parcial de rodilla izquierda, sin secuelas (4%).

DESCRIPCIÓN DEL AT/EP

Suspende Tareas: SI

Relato: El damnificado refiere que desde la primera manifestación invalidante comenzó con dolor en hombro derecho que relaciona la sintomatología con su trabajo de Realiza la denuncia a la ART, siendo rechazada la contingencia por CD de fecha 12/06/19. Continuando su atención por Obra Social.

Descripción de Tarea y puesto de trabajo: Trabaja de Lunes a Sabado 8 horas diarias en tareas de Mercaderías de distinto peso, algunas de peso considerable

Estudios y Tratamientos Recibidos: Por Obra Social: Ecografía de hombro derecho y RMN, FKT

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

EXAMEN FÍSICO

Miembro Hábil Superior: Derecho

Otras Enfermedades Profesionales y/o Hernia de disco

Qué síntomas manifestó: Omalgia derecha

Cuándo comenzaron los síntomas:

Realizó examen preocupacional: SI

Realizó examen periódico: NO

Realizó algún tratamiento: SI

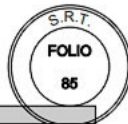
Cuál: medicos, FKT, analgesicos

Continúa trabajando: NO

Motivo: Atención en Obra Social

Utiliza elementos de protección: NO

Observaciones: HOMBRO DERECHO Hombros con contornos redondeados y simétricos. Relieves óseos conservados No se observan cicatrices. No se observan signos de flogosis, ni edema. Temperatura, tono y trofismo muscular conservado Nivel neurológico: S5 M5 Perimetría de brazos a diez centímetros por encima por encima del pliegue del codo: lado derecho 37 centímetros, lado izquierdo 40 centímetros. Movilidad: Refiere dolor Abdoelevación: 0° - 50°. Aducción: 0° - 20°. Elevación anterior: 0° - 50°. Elevación posterior: 0° - 10°. Rotación interna: 0°-20°. Rotación externa: 0° - 50°. Resto del examen sin otras alteraciones objetivas, en relación con el presente siniestro denunciado.

**DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico: Omalgia derecha.

INDICACIONES/ESTUDIOS SOLICITADOS

Indicaciones/Estudios Solicitados: No se solicitan.

Por medio de la presente se informa que, al no existir prueba pendiente de producción o medidas para mejor proveer dispuestas por esta Comisión Médica que se encuentren pendientes de producción, se da por concluida la etapa probatoria. En razón de ello se notifica a las partes que podrán tomar vista de las actuaciones por TRES (3) días a fin de que, si lo creyeren conveniente, aleguen sobre la prueba producida, en un plazo máximo total de CINCO(5) días, incluidos los días para tomar vista, conforme las disposiciones contenidas en el artículo 8° de la Resolución SRT N° 298 / 17.

SOLICITUD DE LA HISTORIA CLINICA AL TRABAJADOR

Solicitud de historia clínica al Trabajador: NO

OBSERVACIONES

El trabajador aportó documentación al momento de la audiencia: NO

El Trabajador dejó documentación/estudios médicos en papel: NO

La ART/EA aportó documentación al momento de la audiencia: NO

Observaciones: Medico de ART: artrosis de hombro no laboral. Asesora Letrada: En la evaluacion medica se considero que tenia que ser operado.

FIRMANTES

Asesor Letrado

Damnificado

Perito Médico de la ART/EA



Ministerio de Producción y Trabajo
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Fecha:

DICTAMEN MEDICO**DATOS PRINCIPALES**

Nro. Expediente SRT:

Fecha Inicio Trámite:

Comisión Médica: 132

Localidad: PUNTA ALTA

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

DAMNIFICADO

Damnificado:

Fecha de nacimiento:

Edad: 41

Sexo: M

Domicilio notificación:

Localidad notificación:

A.R.T./E.A.: 00027 - PREVENCIÓN

Nro AT/EP:

Empleador:

Tareas Habituales del Damnificado: PEON RURAL

Antigüedad en la Empresa: 3 AÑOS

FUNDAMENTOS Y DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE/ENFERMEDAD

Motivo de la presentación: Determinación de la Incapacidad

Tipo de AT/EP: Accidente Laboral

Fecha Accidente: 25/08/2019

Suspende tareas: SI

Relato: Relata el trabajador que realizando sus tareas habituales, a caballo el mismo rueda y le produce un traumatismo de tobillo izquierdo. Aduce que no tuvo TEC, ni pérdida de conocimiento. Recibió la primera atención médica a través de hospital Zonal en donde le efectuaron radiografías e inmovilización y cirugía. Asistido por la aseguradora en donde fue medicado en forma sintomática con analgésicos, le realizaron radiografías, RMN, inmovilización bota tipo Walker, y FKT 40 sesiones, hasta el alta médica de fecha 15/03/2019, con reingreso a sus tareas habituales. Actualmente se encuentra trabajando en el mismo puesto laboral. No solicitó nuevas prestaciones asistenciales en relación a la contingencia.

Estudios y Tratamientos Recibidos: Médicos, farmacéuticos, quirúrgicos, Rx, FKT, Alta médica**Sector de Trabajo:** ESTANCIA**Fecha Alta Médica:** 15/03/2019**Cese ILT:** SI

Fecha Cese ILT:

Motivo Cese ILT: Alta médica

PREEXISTENCIAS

Nro Expte: Motivo: Valoración de Daño, CM o OHV del Dictamen: -, Fecha de ATEP: -, Fecha del Dictamen: -, Porc. Incapacidad: -, Tipo: -, Grado: -, Carácter: -, Estado Actual: -, Fecha del Estado Actual:

Nro Expte: Motivo: Determinación de la Incapacidad, CM o OHV del Dictamen: PUNTA ALTA, Fecha de ATEP: -, Fecha del Dictamen: -, Porc. Incapacidad: 4.80, Tipo: PERMANENTE, Grado: Parcial, Carácter: DEFINITIVO, Estado Actual: Archivado, Fecha del Estado Actual:

Nro. Expdte. CM: Limitación funcional de tobillo derecho 4.80%

EXAMEN FÍSICO

Miembro Hábil Superior: No Aplica

Observaciones: TOBILLO IZQUIERDO Relieve óseos conservados No se observan cicatrices. No se observan signos de flogosis, ni edema. Temperatura, tono y trefismo muscular conservado Nivel neurológico: S5 M5 Perimetría bimalleolar: lado derecho 26 centímetros, lado izquierdo 25 centímetros. Movilidad Flexión dorsal: 0° - 10°. Flexión plantar: 0° - 30°. Inversión: 0° - 20°. Eversión: 0° - 10°. Articulación ligamentariamente estable. Resto del examen sin otras alteraciones objetivas, en relación con el presente siniestro denunciado.

ESTUDIOS Y/O DOCUMENTACIÓN PRESENTADA

Se comunica a las partes intervinientes que toda la prueba incorporada al expediente ha sido evaluada previo a la emisión del presente dictamen. Se consigna a continuación el extracto de los elementos probatorios que esta Comisión Médica entiende esenciales y decisivos para la correcta prosecución de las actuaciones, conforme lo establecido en la normativa vigente. Documentación digitalizada aportada por la ART por la Ventanilla Electrónica. Denuncia de Contingencia. Seguimiento médico administrativo Constancia de parte médico de Ingreso. Fotocopia de DNI del trabajador. Fotocopia de Constancia de Alta médica/Fin de tratamiento de fecha Historial de un CUIL respecto a accidentes. Acta de audiencia médica, de fecha 09/05/19 Informe de Rx de tobillo izquierdo aportada por el damnificado de fecha donde se observa secuela de fractura maleolo peronea, con material de ostosíntesis normoinserito.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: S826 - Fractura del maléolo externo Peroné, que compromete el: maléolo tobillo - Traumatismo de tobillo izquierdo, fractura unimaleolar, maleolo externo, consolidada.

CONCLUSIONES

Contingencia definida al momento de dictaminar: Accidente de Trabajo

CONCLUSIÓN: Se inician las presentes actuaciones a solicitud de la ART PREVENCIÓN por el MOTIVO: Determinación de la Incapacidad. De los elementos obrantes en el expediente surge: Que se trata de un trabajador, Sr. I que el día ha sufrido un hecho súbito y violento, con diagnóstico Traumatismo de tobillo izquierdo, fractura unimaleolar, maleolo

externo, consolidada. Que fue asistido por la ART, que le brindó prestaciones en especie hasta el alta médica de fecha 15/01/2011. Que en la Audiencia efectuada se constataron las alteraciones ut-supra mencionadas en el ítem examen físico, concordante con los elementos reunidos. Por lo expuesto, en base al examen físico y a los elementos obrantes en el expediente, la Comisión Médica concluye que el actor sufrió un accidente de trabajo y procede a dictaminar la incapacidad resultante del mismo, por aplicación de la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales, Ley N 24.557.

Dictamina En Mano: NO

Patologías Crónicas (Que ameritan Prestaciones de mantenimiento de por vida): NO

Incumplimiento del trabajador en estudios: NO

Incumplimiento del trabajador en documentación: NO

Modifica lo establecido por Aseguradora/Empleador Autoasegurado: SI

PRESTACIONES EN ESPECIE

No amerita continuar con prestaciones por la ART en la actualidad.

INCAPACIDAD

Fija porcentaje de Incapacidad: SI

Preexistencia: 4.80%

Capacidad restante: 95.20%

Lesión		Porcentaje(%)
Tobillo izquierdo: fractura unimaleolar externa 6% de CR 95.20% Total: 5.71%		5.71
Miembro superior hábil:	No Aplica 5% del...0.00%	0.00%
		SubTotal: 5.71%
Factores de ponderación		
Tipo actividad:	Intermedia (0% - 15%)	10.00% 0.57%
Reubicación laboral:	No Amerita Recalificación (0%)	0.00% 0.00%
Edad:	De 31 y más años (0 a 2%)	0.72%
Porcentaje total:		7.00%

Tipo: PERMANENTE

Grado: PARCIAL

Caracter: DEFINITIVO

Gran invalidez: NO

Aclaración:

Se hace saber que, dentro de los TRES (3) días contados desde la notificación del dictamen médico, las partes

podrán solicitar la rectificación de errores materiales o formales, siempre que la enmienda no altere lo sustancial del mismo, o la revocación cuando pudiere existir contradicción entre su fundamentación y la conclusión u omisión sobre alguna de las peticiones o cuestiones planteadas, que alteren lo sustancial del dictamen.

Asimismo, se informa que el recurso de apelación sólo podrá ser interpuesto ante los actos administrativos emitidos por el Titular del Servicio de Homologación, que concluyan el presente procedimiento; de acuerdo a lo establecido en el artículo 16 de la Resolución S.R.T. N° 298/17. El presente es suscrito y se aprueba en cumplimiento con la Ley N° 27.348 y en conformidad con el procedimiento normado por la Resolución S.R.T. N° 298/17 y en marco de las competencias asignadas por el Decreto N° 717/96 -modificado por el Decreto N° 1.475/15-.

A los efectos de lo establecido en el artículo 14 del Decreto N° 491/97, se informa que la Incapacidad Integral (calculada como la suma de preexistencias al momento del presente dictamen más la incapacidad incremental dictaminada en el presente acto) es del 11.80%.-

FIRMAS Y ACLARACIONES

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

SOLICITA PRONTO DESPACHO

Bahia Blanca,

Superintendencia de Riesgos del trabajo

S/D:

Ref.

Expediente xxx

Trabajador: xxxx

CUIL: xxxxx

xxxxxx, T° xx F° xxx Cxxxx, CUIT e IIBB xxxx manteniendo domicilio legal en la calle xxxxxxxx de la localidad de xxxxx y electrónico en xxxxxx apoderada mediante carta poder firmada ante esta Comisión Médica, del Sr. xxxx , DNI xxxxx, CUIL xxxxx, con domicilio real en calle xxxxxxx de la ciudad de xxxx, provincia de Buenos Aires en el expediente SRT xxxx en trámite ante Comisión Médica xxxx de xxxxx, respetuosamente digo:

I.-OBJETO:

Que vengo por medio del presente a solicitar pronto despacho con respecto al Exp SRT N°: xxxxx cuyo damnificado resulta ser xxxxx DNI: xxxxxx.

El pedido formulado encuentra fundamento en el injustificado vencimiento de los plazos a fin de que la Comisión Medica emita resolución de la xxxxx y la contestación de expresión de agravios practicado con fecha xxxx, incumpliendo de esta manera con lo dispuesto en al art xxxx la cual dispone: “xxxxx”. Claramente en este caso se encuentran vencidos los plazos indicados. Ciertamente esta omisión me provoca

un grave perjuicio en mi persona y salud ya que parezco una enfermedad profesional que no me deja continuar realizando las tareas laborales ni actividades de mi vida cotidiana que antes desarrollaba.