

RV: CONTESTACION OFICIO JUDICIAL - INGRESO SRT N° 1948422/2024.

Cabrera, Sandra <SCabrera@srt.gob.ar>

Jue 12/09/2024 09:49

Para: Juzgado Laboral Nro. 3 <JuzLaboral3@juscataamarca.gob.ar>

 4 archivos adjuntos (5 MB)

1948422-2024-INGRESO.pdf; 1948422-2024-NOTA.pdf; 1948422-2024-EXP. 425666-23.pdf; 1948422-2024-ACCIDENTABILIDAD.pdf;

Se remite respuesta al oficio oportunamente librado en los autos que tramitan ante el Juzgado a vuestro cargo.
Saluda atentamente

SANDRA CABRERA

Dpto. de Asuntos Penales y Prevención del Fraude

SCabrera@srt.gob.ar

Tel. (011) 43213500 Int. 1225

De: Cabrera, Sandra

Enviado: jueves, 12 de septiembre de 2024 9:30

Para: juzlaboral3@juscataamarca.gov.ar

Asunto: CONTESTACION OFICIO JUDICIAL - INGRESO SRT N° 1948422/2024.

Se remite respuesta al oficio oportunamente librado en los autos que tramitan ante el Juzgado a vuestro cargo.
Saluda atentamente

SANDRA CABRERA

Dpto. de Asuntos Penales y Prevención del Fraude

SCabrera@srt.gob.ar

Tel. (011) 43213500 Int. 1225

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Esta dirección de correo electrónico es de propiedad exclusiva de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. El mensaje está dirigido únicamente a su destinatario -quien no podrá utilizarlo inapropiadamente en su interés-, ni ser utilizado por terceros en forma no autorizada expresamente por el emisor so pena de incurrir en los delitos previstos en los artículos 153 a 157 del Código Penal Argentino. Si usted ha recibido este e-mail por error, por favor comuníquelo inmediatamente vía e-mail respondiendo al remitente y elimínelo definitivamente.
Todas las opiniones contenidas en este mail, que excedan la información oficialmente reconocida por el Organismo, son propias del autor del mensaje. La Superintendencia de Riesgos del Trabajo no asumirá responsabilidad ni obligación legal alguna por cualquier información incorrecta o alterada contenida en este mensaje.

Poder
Judicial
Catamarca

PODER JUDICIAL DE LA PROVINCIA DE CATAMARCA

L

FUERO LABORAL

Oficio

Número Notificación: 250428

Expediente N°: EXP-84/2024

JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA
DEL TRABAJO 3° NOMINACION

SECRETARIA

Juez/a: Dra. Maria Constanza Teme

Secretario/a: Dra. Karina Vanessa CARABUS, Stephanie Alejandra LARCHER BOTTURI, Agustina SILVA MOLINA

Domicilio del Organismo: Calle Maipu N°225

Destinatario/a: Comision Medica Jurisdiccional N°024 - Catamarca

Domicilio: Calle Padre Ramón de la Quintana N°69

Tipo domicilio:

Carácter: NORMAL

Fuero:FUERO LABORAL

Expediente:EXP-84/2024-0

CUJ: J-03-00015112-1/2024-0

Carátula expediente: JUAREZ, NATALIA C/ PROVINCIA ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A. S/ REGULACIÓN DE HONORARIOS

Adjuntos:

Notif. Pers.:

Aviso Ley:

Bajo Resp. de la Parte:

Con habilitación, día y hora:

Observaciones:

JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA DEL TRABAJO 3° NOMINACION

En los autos del epígrafe que se tramitan por ante este JUZGADO DEL TRABAJO DE PRIMERA INSTANCIA Y TERCERA NOMINACIÓN, sito en calle MAIPU N° 225, a cargo de la Dra. MARIA CONSTANZA TEMA, Secretaría a cargo de las Dras. Dra. Karina Vanessa CARABUS, Dra. Stephanie Alejandra LARCHER BOTTURI y Dra. Agustina SILVA MOLINA, se ha dispuesto oficiar a Ud. a efectos de solicitarle tenga a bien remitir a este Juzgado: Copia autenticada del total de las actuaciones administrativas a nombre del trabajador, Sr. Jonás Ignacio Parodi Ordoñez, DNI Nro. 37.307.690, C.U.I.L. 20-37307690-3, y con relación al accidente de trabajo de fecha 16/07/2022, adjuntando todos los estudios médicos, dictámenes realizados y todas las actuaciones labradas como consecuencia del mencionado siniestro. En particular, remita copia certificada de EXPTE. SRT Nro. 425666/23 Determinación de Incapacidad.-

Para mayor recaudo se transcribe la parte pertinente del proveído que ordena la medida:" Número: -50475/2024-JUZGLAB03. San Fernando del Valle de Catamarca, 01 de Julio de 2024(...) como lo solicita la parte, a los fines de poder

dilucidar la cuestión planteada, líbrese oficio a la Comisión Médica de Catamarca n.º 24, en el plazo de cinco

INGRESO SRT NRO 1948422/2024

CANCIÓN DE HOJAS; 4
02/09/2024 11:51:14
Ciudad de Catamarca; 4
Abrese oficio al Banco de la Nación Argentina, al Banco Santander Río, y al Correo Argentino; a fin de que informen lo requerido por la parte (pág. 14 del escrito de demanda). "Fdo. Dra. MARIA

CONSTANZA TEME - JUEZA.

Diligenciará el presente el Dr. Marcelo Alejandro Zalazar MP N°2635, Dra Itati Mendoza Losito MP N° 2646 y/o la persona que designen con todas las facultades de ley.-

Saludo a Ud. muy atte.

Ciudad de Catamarca; 23 de agosto de 2024

Queda Ud. notificado

Fdo Zalazar, Marcelo Alejandro

VERSION DIGITAL

VERSION DIGITAL

VERSION DIGITAL



LARCHER BOTTURI Stephanie
Alejandra
SECRETARIO/A
JUZGLAB03
Cuij J 03-00015112-1 2024/0
EXP 84/2024
CEDOFI 250428/2024
Fec: Firma 27/08/2024

VERSION DIGITAL

Datos de Contacto del Remitente

CUIL: 20230247901

Nombre y Apellido: ZALAZAR MARCELO ALEJANDRO

Teléfono Fijo: (0383)4029995

Teléfono Celular: (0383)154029995

Email: zalazar_marcelo@hotmail.com

VERSION DIGITAL



"AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA,
LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD"

*Ministerio de Capital Humano
Superintendencia de Riesgos del Trabajo*



Buenos Aires, 9 de septiembre de 2024
Nota D.A.P. y P.F. N° 98007/24
Ref: Ingreso N° 1948422/2024

Señor Juez del
Juzgado Laboral de 1° Instancia y 4° Nominación San Fernando del Valle de Catamarca
Maipú 225
CATAMARCA

S / D

Autos caratulados NATALIA JUAREZ C/PROVINCIA ASEGURADORA DE RIESGO DE TRABAJO S.A. S/REGULACION DE HONORARIOS

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el objeto de dar respuesta al oficio oportunamente librado en los autos que tramitan ante el Juzgado a vuestro cargo.

A cuyo efecto, se remite en archivo adjunto en formato PDF Copia Fiel del Expediente SRT N° 425666/23.

Se adjunta Copia de la consulta realizada en los Registros Institucionales del Historial de Accidentabilidad del Actor en el cual las ART declaran los infortunios laborales de los Trabajadores.

El presente Oficio Judicial se respondió Vía Correo Electrónico.

JuzLaboral3@juscatamarca.gob.ar

Saludo a Ud. atentamente.

S C

PABLO JAVIER TELLE

Abogado C.P.A.C.F T°146 F°766

Subgerencia de Asuntos Contenciosos y Prevención del Fraude

OTRO SI DIGO:

Atención:

A los fines de producir una pronta y eficaz respuesta a los oficios judiciales, se sugiere incluir en el Oficio la siguiente información:

- Número de CUIT/CUIL (Empleador y Trabajador)
- Dirección del correo electrónico perteneciente al letrado peticionante y número de Teléfono.
- En caso de reclamo, indicar siempre el número de ingreso de la diligencia a la SRT (figura en el cargo de la recepción).
- Dirección del correo electrónico perteneciente al Juzgado o tribunal. (si opta por recibir la respuesta del oficio por esta vía).**

Gracias por vuestra atención y cooperación.



VERSION DIGITAL

EXPEDIENTE SRT N°: 425666/23

FOJAS INIC	1	CUERPOS INIC		ANEXOS INIC		CARPETAS INIC	
------------	---	--------------	--	-------------	--	---------------	--

DETERMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD

Iniciador:	SUBGERENCIA MÉDICA
------------	---------------------------

Fecha de Inicio: **11/09/2023**

CUIL Damnificado: **20373076903 - PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO**

ART: **00051 - PROVINCIA**

CUIT Empleador: **20080423897 - MOGETTA GUIDO DAVID**

Plazo:

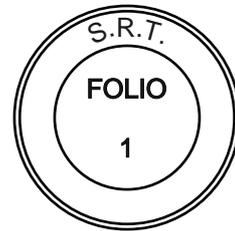


* 4 2 8 8 1 7 1 *

Uso Interno

"En el marco de la Ley 19.549 "Ley de Procedimiento Administrativo", Decreto 1759/72, Artículo 38. Vistas; Actuaciones. Se podrá tomar vista del expediente, durante todo su trámite en las instalaciones y/u oficinas donde se encuentre el expediente. Corresponde tomar vista del expediente a la parte interesada, apoderados, organismos públicos y/o Estado Nacional, según Ley 19.549. Recuerde que la información es un activo, el cual contiene datos sensibles tales como, DNI/dirección/teléfono por lo tanto debemos proteger su confidencialidad. Queda expresamente prohibido la copia, reenvío y/o impresión del expediente sin la previa autorización de la autoridad competente, en el marco de dicha Ley.

Importante: Se reserva de uso interno y/o público aquel expediente que fuera declarado como Secreto y/o Reservado por el Organismo en el marco del Art.38 Decreto 1759/72."



FORMULARIO INICIO

Expediente: 425666/23

Tipo de Trámite CM: Determinación de la Incapacidad

Iniciado en: 024 - CATAMARCA

Damnificado

CUIL: 20373076903

Tipo y Nro. Documento: DOCUMENTO UNICO - 37307690

Apellido Nombre: PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO

Fecha Nacimiento: 30/07/1993

Dirección Electrónica:

jonasparodi68@gmail.com

Sexo: M

Teléfono Fijo: (011)48192800

Celular: (03834)15688351

Celular Contacto: -

Domicilio Notificación: CASA 19 ANTINACO

S/N - CATAMARCA - SAN FERNANDO DEL

VALLE DE CATAMARCA - CP: 4700

Solicitante:

Domicilios

Accidente-ART-Empleador

Fecha Accidente/PMI: 16/07/2022

Tipo Accidente: In Itinere

Intercurrencia: No

Es una Enfermedad No Listada: -

Nro Accidente: 22080401202205433800

CUIT Ocurrencia:

ART/EA: 00051 - PROVINCIA

Empleador: 20080423897 - MOGETTA GUIDO DAVID

CIIU Principal del Contrato:

No hay patrocinante

Otros Datos

Fecha Cese ILT Ult. Reingreso: 17/08/2023

Motivo Cese ILT Ult. Reingreso: P

Lesiones: 07 - Contusiones , -

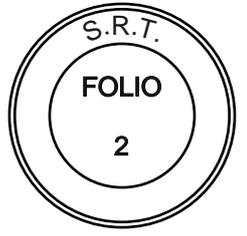
Porcentaje Secuela: 11.00

Diagnostico: S623 - Fractura de otros huesos metacarpianos , -

Fecha Alta Medica:

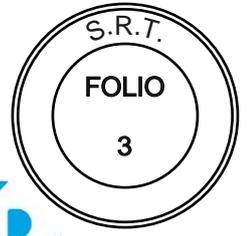
Existe inconsistencia en la información entre la documentación aportada por el Damnificado y la información que trae el sistema: -

Observaciones: dirigiendose en moto al trabajo resbala con la misma cae golpeandose rodilla y muñeca derecha



VERSION DIGITAL

VERSION DIGITAL



Bs. As., 11/09/2023

Damnificado: PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO
Siniestro: 2208045

Los datos de contacto son jonasparodi68@gmail.com y (03834) 1568-8351 (Celular)

Sin otro particular saludo a Uds. muy atte.

DR ISAAC FIXEL
DEPARTAMENTO DE INCAPACIDAD

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL DENUNCIA



S.R.V.
FOLIO
4

ENFERMEDAD PROFESIONAL **ACCIDENTE DE TRABAJO** **ACCIDENTE EN ITINERÉ**
 En el trabajo En otro centro o lugar de trabajo Al ir o al volver del trabajo **FECHA SINIESTRO:** 16 / 07 / 2022
 Reagravamiento caso anterior Siniestro múltiple Fecha de reagravamiento _____ Desplazamiento en día laboral Otro

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón social: SUCESION DE MOGETTA GUIDO DAVID C.U.I.T.: 20080423897 Contrato N°: 266308 C.I.U.O.:

Domicilio: JOSE HERNANDEZ SIN NUM N° 2 Piso _____ Of. _____

Código postal: 4705 Localidad: SUMALAO Provincia: 3

Teléfono: 4441003 Fax: _____ e-mail: cmogetta992@hotmail.com

Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional _____

Código del establecimiento _____ C.I.U.O. _____

Empresa subcontratada: SÍ NO C.U.I.T. ocurrencia o detección _____

Calle: RUTA PROV N° 48 LOCALIDAD DE ACONQUJA DPTO ANDALG N° S/N _____ Localidad: ACONQUJA

Provincia de ocurrencia o detección: 3 Código postal: 4743

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y nombre: PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO Documento: D.N.I./E.A.C.C.I.U.Pas.: 37307690

N° de C.U.I.L.: 20373076903 Fecha de nacimiento: 30 / 07 / 1993 Sexo: F M Nacionalidad: Argentina

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Unión hecho Calle: CASA 19 ANTINACO

N° S/N _____ Piso _____ Dpto. _____ Localidad: SAN FDO DEL VALLE DE CATAMARCA Código postal: 4700 Provincia: CATAMARCA

Teléfono Cel.: 03834-15688351 F. de ingreso a la empresa: / / Remuneración a la f. del accidente: _____

Turno de trabajo habitual: Fijo diurno Fijo nocturno Rotativo Jornada habitual de: 07:30 hs. hasta 18:30 hs. Manó hábil: Izq. Der.

Situación contractual _____ F. de último examen periódico: / /

Obra social _____

Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de la enfermedad profesional _____ C.I.U.O. _____

Antigüedad al momento del diagnóstico: 0 Años Puesto de trabajo anterior (C.I.U.O.): _____ Antigüedad _____

Otro empleador al momento del accidente o enf. profesional Razón social: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO (Accidente de trabajo)

Hora del accidente: 07:10 hs. Horario de la jornada el día del accidente: de 07:30 hs. hasta 18:30hs. F. de inicio de inasist. lab.: / /

Domicilio de ocurrencia del accidente: Est. propio Calle: RUTA PROV N° 48 LOCALIDAD DE ACONQUJA DPTO ANDALG N° de puerta: S/N

Otro lugar

Código postal: 4743 Localidad: ACONQUJA Provincia: 3

Descripción del accidente y sus consecuencias: DIRIGIENDOSE EN MOTO AL TRABAJO RESBALA CON LA MISMA CAE GOLPEANDOSE R

Código de lesión (ver tabla): _____ Accidente de tránsito: SÍ NO Gravedad presunta: LEVE GRAVE MORTAL

Agente material asociado	2 0 0 0 7	Diagnóstico	1 T 0 0 9	2	2	2
Forma del accidente	1 0 1	Naturaleza de la lesión	1 0 7	2	2	2
		Zona del cuerpo afectada	1	2	2	2

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO (Enfermedad profesional)

Agente causante (AC) (ver tabla)	Descripción de la EP	Agente material asociado (ver tabla)	Zona del cuerpo afectada (ver tabla)	Tiempo de exposición al agente	Fecha de diagnóstico	Fecha de inicio de la inasistencia laboral	Forma de diagnóstico (completar según 1)
AC 1	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
AC 2	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						
AC 3	Diagnóstico 1						
	Diagnóstico 2						
	Diagnóstico 3						

* La enfermedad se detectó en (códigos de formas de diagnóstico)

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. públ. o hospít.	M	Prestación A.R.T.	B

Centro asistencial: SANATORIO PASTEUR Domicilio: CHACABUCO 675 Piso PB Código postal: 4700 Localidad: SAN FDO DEL VALLE DE CATAMARCA

Accidente en itinere: SÍ Denuncia policial N° _____ (Adjuntar copia) Comisaría _____

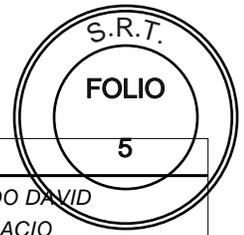
Protección de datos personales:
 La información suministrada en el presente formulario será tratada con total confidencialidad, utilizándose únicamente en relación a los servicios brindados por esta compañía. Los datos personales consignados en este documento se resguardarán conforme lo establece la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales, siempre y cuando los mismos se encuentren dentro del ámbito de dominio de Provincia ART S.A.
 Provincia Asseguradora De Riesgos Del Trabajo S.A. no se responsabiliza por la manipulación, divulgación y/o publicación de los datos o información incluidos en este documento, o cualquier otra acción que terceros no autorizados puedan hacer con la misma.
 La Dirección Nacional De Protección de Datos Personales, órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales. Para más información remítase a la Dirección Nacional de Datos Personales: <http://www.jus.gub.ar/dalospersonales.espy/>

Declaración Jurada:
 Manifiesto en carácter de Declaración Jurada que los datos consignados son exactos, reales y actualizados, comprometiéndome a informar en lo inmediato si lo declarado sufriera modificación alguna.

VERSION DIGITAL

Resolución 16/1 y 16/04/07

Parte Evolutivo



2208045-1-0

Diagnóstico:

IN ITINERE			
Fecha de Accidente 16/07/2022	Fecha de Alta 17/08/2023	Empresa 20080423897	<i>SUCESION DE MOGETTA GUIDO DAVID</i>
Fecha de Recaída	Fecha de Baja 16/07/2022	Trabajador 20373076903	<i>PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO</i>
Prestador			
Identificador 18985	CUIT 30688254090	R.Social PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA	

1 *Tipo Evolutivo: Administrativo Médico* *Recaída: 0*

Fecha de Control 18/07/2022	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno	Hora turno 00:00	Sitio de Internación
Prestador 18985 CUIT 30688254090 R.Social PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA		
Tipo de Tratamiento 01 Ambulatorio		
Diagnostico		
CIE-10 T00.6	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN MÚLTIPLES	
Médico CIOTTA DE CANO ALICIA -	Matrícula 3903	Especialidad CLINICA MEDICA
Medicación	Reposo	
Observ.	Actualización cie10	

2 *Tipo Evolutivo: Sin contacto* *Recaída: 0*

Fecha de Control 20/07/2022	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno	Hora turno 00:00	Sitio de Internación
Prestador 18985 CUIT 30688254090 R.Social PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA		
Tipo de Tratamiento 01 Ambulatorio		
Diagnostico		
CIE-10 T00.6	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN MÚLTIPLES	
Médico	Matrícula	Especialidad
Medicación	Reposo	
Observ.	Me comunique al numero de referencia del paciente, atiende la hermana, me informa que el Sr Parodi salio y no sabe el horario de regreso. Me comunicare nuevamente el dia 21/07/22	

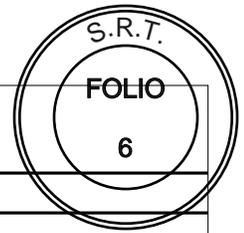
3 *Tipo Evolutivo: Análisis de Gestión Administrativa* *Recaída: 0*

Fecha de Control 20/07/2022	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno	Hora turno	Sitio de Internación
Prestador 1283 CUIT 30628933835 R.Social SANATORIO PASTEUR S.A.		
Tipo de Tratamiento		
Diagnostico		
CIE-10 T00.6	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN MÚLTIPLES	
Médico	Matrícula	Especialidad
Medicación	Reposo	
Observ.	ACEPTAR: Según el análisis realizado se acepta el siniestro. Intentamos en varias oportunidades comunicarnos. No se ubica telefónicamente. Tiene la denuncia cargada. ()	

4

Tipo Evolutivo: Comunicación Inicial

Recaída: 0



Fecha de Control **21/07/2022** Proximo Control Fecha Probable de Alta
Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **T00.6** TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN MÚLTIPLES

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Tarea Desempeñada:ayudante de constriccion ¿Confirma los datos de contacto del Paciente?SiEdad: 28 añosPeso: 77 kgMano habil: derecha¿Desde que Año realiza su tarea?2022¿Horario Laboral?07:30 a 19:00¿Trabaja con otro Empleador? noModalidad de Trabajo Presencial¿Posee alguna patologia de base, Indique cual? no¿Posee alguna lesion anterior a la producida por este siniestro? Indique cual?noIndique el Mecanismo Accidentologicollendo a trabajar en moto, se le resbalo la moto y choca contra un posteIndique las lesiones que presentamano derecha y rodilla izquierdaSi tuvo atencion medica, indicar en que Clinica o Sanatorio se atendiosanatorio pasteur¿Hacia donde se dirigia?Domicilio de TrabajoTrayecto y Medio de movilidad habitual Movilidad PropiaTrayecto desarrollado el dia del accidentebonavistaRealizo denuncia PolicialNo¿Se solicito copia del DNI?Si¿Cual es tu domicilio de trabajo habitual? -

Tipo Evolutivo: Administrativo Médico

Recaída: 0

Fecha de Control **21/07/2022** Proximo Control Fecha Probable de Alta
Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **9753** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - CAPITAL - (CONTROL DE PRESTACIONES)**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **T00.6** TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN MÚLTIPLES

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Reclamar evolutivos y/o alta al prestador. solicitar informes de la practica realizada y fecha del proximo control ()

6

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **20/07/2022** Proximo Control Fecha Probable de Alta
Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **T00.6** TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN MÚLTIPLES

Médico Matricula Especialidad

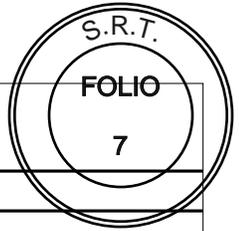
Medicación Reposo

Observ. 20-07-22 auditoria sanatorio Pasteur evolucion dr medina Valdiviapcte con ta de mano derecha y rodilla izq , en mano se observa fx con minimo desplazamiento de 4 mtc se indica yeso y control en 21 dias

7

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0



Fecha de Control **28/07/2022** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **T00.6** TRAUMATISMOS SUPERFICIALES QUE AFECTAN MÚLTIPLES

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Pcte con yeso, control el 10/08/22

VERSION DIGITAL

8

Tipo Evolutivo: Administrativo Médico

Recaída: 0

Fecha de Control **09/08/2022** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico **CIOTTA DE CANO ALICIA -** Matricula **3903** Especialidad **CLINICA MEDICA**

Medicación Reposo

Observ. Se modifica cie10

9

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0

Fecha de Control **22/08/2022** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

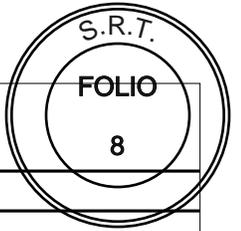
Observ. Hago contacto con el Sr Parodi quien me informa que el dia 30/08/22 tiene turno para control medico y Rx.



10

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0



Fecha de Control **10/08/2022** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. 10-08-22 auditoria sanatorio Pasteur evolucion dr medina Valdiviapcte q se retira yeso se indica ft mas rx de control en 3 semanas

11

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **31/08/2022** Proximo Control **22/09/2022** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. 31-08-22 auditoria sanatorio psateur evolucion dr medina Valdiviapcte con 10 sesiones de ft buena evolución se indica continuar con ft se solicita rtx de

12

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0

Fecha de Control **15/09/2022** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico Matrícula Especialidad

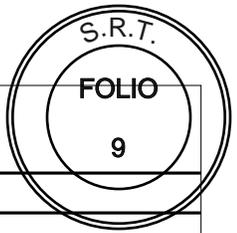
Medicación Reposo

Observ. En la fecha hago contacto con el Sr parodi por app quien me informa nuevo turno y posible alta el dia 22/09/22.

13

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0



Fecha de Control **26/09/2022** Proximo Control **17/10/2022** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. 26-09-22 auditoria sanatorio Pasteur evolucion dr medina Valdiviapcte con 20 sesiones de ft con fractura de 4 mtc mano derecha, con dolor y limitación de movimiento se indica ic para determinar conducta a seguir

14

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **17/10/2022** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. 17-10-22 auditoria sanatorio Pasteur evolucion dra BustamanteConsolidación viciosa de 4to mtc en flexión, extensión incompleta de 4to dedoindico cirugiasto material

15

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **06/09/2022** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

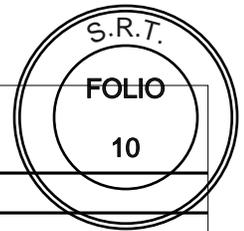
Medicación Reposo

Observ. PACIENTE: JONAS IGNACIO PARODI ORDOÑEZSOLICITADO POR: CASTRO ALEJANDROESTUDIO: Prestaciones Médicas 340213 - RADIOGRAFIA DE CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO, DEDO S, RODILLA, PIERNA, TOBILLO Y PIE: DOS POR PLACA. OBRA SOCIAL: PROVINCIA ARTEDAD: 29FECHA : 06/09/2022ATENCIÓN N°: 2717186RX de mano derecha F y O:Fractura de la metáfisis distal del cuarto metacarpiano con ligero acortamiento del eje óseo y levetumefacción de partes blandas.Espacios articulares conservados.

16

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0



Fecha de Control 18/10/2022	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno	Hora turno 00:00	Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio
 Diagnostico
 CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.
 Médico Matricula Especialidad
 Medicación Reposo
 Observ. En la fecha recibo pedido de cx se carga para su autorizacion.

17

Tipo Evolutivo: Administrativo Médico

Recaída: 0

Fecha de Control 21/10/2022	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno	Hora turno 00:00	Sitio de Internación

Prestador **24111** CUIT **27237963372** R.Social **MONJE ANALIA VERONICA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio
 Diagnostico
 CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.
 Médico Matricula Especialidad
 Medicación Reposo
 Observ. SE AUTORIZA: Autorizacion para osteo + reduccion + osteosintesis de 4 MTCSE ENVIA ROAM

18

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0

Fecha de Control 25/10/2022	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno	Hora turno 00:00	Sitio de Internación

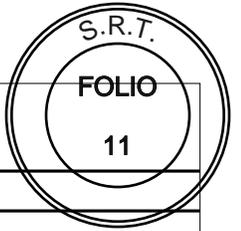
Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio
 Diagnostico
 CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.
 Médico Matricula Especialidad
 Medicación Reposo
 Observ. sE REALIZA DENUNCIA ROAM N: 20063/2022

20

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0



Fecha de Control	19/07/2022	Proximo Control		Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	00:00	Sitio de Internación
Prestador	1283	CUIT	30628933835	R.Social
				SANATORIO PASTEUR S.A.

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. PACIENTE: JONAS IGNACIO PARODI ORDOÑEZSOLICITADO POR: FLORES GISELE ADRIANA RUTHESTUDIO: Prestaciones Médicas 340213 - RADIOGRAFIA DE CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO, DEDO S, RODILLA, PIERNA, TOBILLO Y PIE: DOS POR PLACA. OBRA SOCIAL: PROVINCIA ARTEDAD: 28FECHA : 19/07/2022 ATENCIÓN N°: 2674922RX de mano derecha F y O: Fractura de la metáfisis distal del cuarto metacarpiano con acortamiento del eje óseo. Espacios articulares conservados. Sin alteraciones en partes blandas. RX de rodilla izquierda F y P: Sin lesiones óseas. Espacios articulares conservados. Sin alteraciones en partes blandas.

21

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control	19/07/2022	Proximo Control		Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	00:00	Sitio de Internación
Prestador	1283	CUIT	30628933835	R.Social
				SANATORIO PASTEUR S.A.

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. 19/07/2022 - 11:01 2244 - FLORES GISELE ADRIANA RUTH Esp. Clínica General Edad: 28Rx de mano de derra de rodilla izq F y P / IC con Traumatología

22

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control	24/08/2022	Proximo Control		Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	00:00	Sitio de Internación
Prestador	1283	CUIT	30628933835	R.Social
				SANATORIO PASTEUR S.A.

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matricula Especialidad

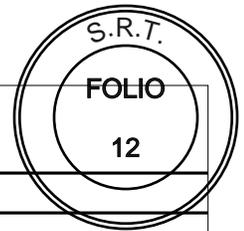
Medicación Reposo

Observ. 24/08/2022 - 19:59 10 - ARESE MARICEL ALEJANDRA Esp. KINESIOLOGIA Edad: 29Finaliza 10 ses. con buena evolución en movilidad general de la mano

23

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0



Fecha de Control **07/09/2022** Proximo Control Fecha Probable de Alta
Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. 07/09/2022 - 12:49 1165 - MEDINA VALDIVIA GUILLERMO JESUS Esp. Traumatología y Ortopedia Edad: 29pcte con rx fractura consolidada con leve angulacion dorsal se indica continuarcon ft y control va

24

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **08/09/2022** Proximo Control Fecha Probable de Alta
Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. 08/09/2022 - 19:58 10 - ARESE MARICEL ALEJANDRA Esp. KINESIOLOGIA Edad: 29Inicia 10 ses.

25

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **23/09/2022** Proximo Control Fecha Probable de Alta
Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

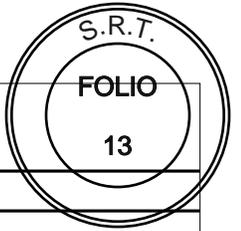
Medicación Reposo

Observ. 23/09/2022 - 18:18 10 - ARESE MARICEL ALEJANDRA Esp. KINESIOLOGIA Edad: 29Finaliza 10 ses. con buena evolución

26

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0



Fecha de Control	24/10/2022	Proximo Control		Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	00:00	Sitio de Internación
Prestador	1283	CUIT	30628933835	R.Social
				SANATORIO PASTEUR S.A.

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. 24/10/2022 - 10:51 2411 - BUSTAMANTE CINTHIA Esp. Traumatología y Ortopedia Edad: 29PENDIENTE AUTORIZACIÓN DE MATERIALCito a control nuevamente en 7 dias

27

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control	26/10/2022	Proximo Control		Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	00:00	Sitio de Internación
Prestador	1283	CUIT	30628933835	R.Social
				SANATORIO PASTEUR S.A.

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. 26/10/2022 - 15:27 2411 - BUSTAMANTE CINTHIA Esp. Traumatología y Ortopedia Edad: 29Material disponible, cirugía autorizada, pendiente realizar estudios prequirúrgicos, entrego Clfecha de cirugía, lunes 31/10

28

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control	31/10/2022	Proximo Control		Fecha Probable de Alta
Fecha turno	31/10/2022	Hora turno	00:00	Sitio de Internación
Prestador	1283	CUIT	30628933835	R.Social
				SANATORIO PASTEUR S.A.

Tipo de Tratamiento **03** Internado

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. 31/10/2022 - 10:38 1115 - NAUDY VICTOR HUGO Esp. Cardiología Edad: 29Valoracion PrequirurgicaApellido Paciente: PARODI ORDOÑEZNombre Paciente : JONAS IGNACIOFecha Ingreso: 31/10/2022Edad: 29DNI: 037307690Antecedentes Patológicos: NO REFIEREAntecedentes Quirúrgicos: NO REFIEREAntecedentes Medicamentosos: NO REFIEREAntecedentes Alérgicos: NO REFIEREecg: NORMALTA 11: 110TA 21: 70FC1: 65SAT (%): 98Cardiovascular: NORMALIndicación Quirúrgica: CX DE MANOBajo riesgo (ningún criterio mayor ni menor): SiBajo Riesgo: Ortopédica menorConclusión: RIESGO BAJO4

29

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0

S.R.T.

FOLIO

14

Fecha de Control 31/10/2022	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno	Hora turno	Sitio de Internación
Prestador 1283	CUIT 30628933835	R.Social SANATORIO PASTEUR S.A.

Tipo de Tratamiento
 Diagnostico
 CIE-10
 Médico Matricula Especialidad
 Medicación Reposo
 Observ. Pedido de Información: Se solicita Protocolo Quirurgico -

30

Tipo Evolutivo: Informe

Recaída: 0

Fecha de Control 31/10/2022	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno	Hora turno 00:00	Sitio de Internación
Prestador 1283	CUIT 30628933835	R.Social SANATORIO PASTEUR S.A.

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio
 Diagnostico
 CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.
 Médico Matricula Especialidad
 Medicación Reposo
 Observ. SE DIGITALIZA PROTOCOLO QUIRURGICO, NO SE TRANSCRIBE, VER EN AGA

31

Tipo Evolutivo: Revisión Médica de estudios

Recaída: 0

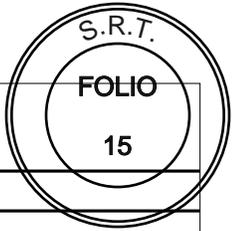
Fecha de Control 09/11/2022	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno	Hora turno 00:00	Sitio de Internación
Prestador 18985	CUIT 30688254090	R.Social PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio
 Diagnostico
 CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.
 Médico Matricula Especialidad
 Medicación Reposo
 Observ. Protocolo quirurgico de : reduccion + osteosintesis de 4 MTC, realizada el 31/10/2022 en el Sanatorio Pateur, digitalizado

32

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0



Fecha de Control	01/11/2022	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	00:00
			Sitio de Internación

Prestador	1283	CUIT	30628933835	R.Social	SANATORIO PASTEUR S.A.
-----------	-------------	------	--------------------	----------	-------------------------------

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico _____ Matrícula _____ Especialidad _____

Medicación Reposo

Observ. Prestador informa alta sanatorial

34

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control	07/11/2022	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	00:00
			Sitio de Internación

Prestador	1283	CUIT	30628933835	R.Social	SANATORIO PASTEUR S.A.
-----------	-------------	------	--------------------	----------	-------------------------------

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico _____ Matrícula _____ Especialidad _____

Medicación Reposo

Observ. 07/11/2022 - 10:04 2411 - BUSTAMANTE CINTHIA Esp. Traumatología y Ortopedia Edad: 29 Realizo curación, herida sin signos de flogosisindico fktnc 14/11 con rx

35

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control	28/11/2022	Proximo Control	12/12/2022	Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	00:00	Sitio de Internación

Prestador	1283	CUIT	30628933835	R.Social	SANATORIO PASTEUR S.A.
-----------	-------------	------	--------------------	----------	-------------------------------

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico _____ Matrícula _____ Especialidad _____

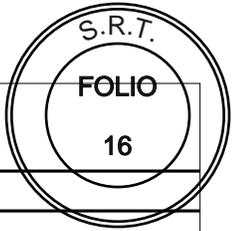
Medicación Reposo

Observ. 28-11-22 auditoria sanatorio Pasteur evolucion dra bustamatnrx se objetiva reducciónretiro puntosindico fktnc 12/12

36

Tipo Evolutivo: Administrativo Médico

Recaída: 0



Fecha de Control	28/11/2022	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	00:00
			Sitio de Internación

Prestador	24111	CUIT	27237963372	R.Social	MONJE ANALIA VERONICA
-----------	--------------	------	--------------------	----------	------------------------------

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico _____ Matrícula _____ Especialidad _____

Medicación Reposo

Observ. PTE POP PROXIMO CONTROL 12/12

37

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control	12/12/2022	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	00:00
			Sitio de Internación

Prestador	1283	CUIT	30628933835	R.Social	SANATORIO PASTEUR S.A.
-----------	-------------	------	--------------------	----------	-------------------------------

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico _____ Matrícula _____ Especialidad _____

Medicación Reposo

Observ. 12-12-22 auditoria sanatorio Pasteur evolucion dra Bustamanteef, persiste déficit a la extensión completa de 4to dedoin dico continuar con fktnc 26/12

38

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control	26/12/2022	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	00:00
			Sitio de Internación

Prestador	1283	CUIT	30628933835	R.Social	SANATORIO PASTEUR S.A.
-----------	-------------	------	--------------------	----------	-------------------------------

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico _____ Matrícula _____ Especialidad _____

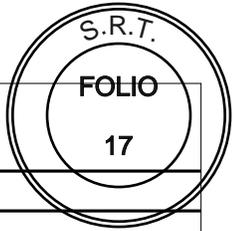
Medicación Reposo

Observ. 26-12-22 auditoria sanatoria Pasteur evolucion dra BustamanteContinúa con déficit a la extensión completa de 4to dedosto rx + ecoindico fktnc 09/01

39

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0



Fecha de Control **29/12/2022** Proximo Control **06/01/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno **06/01/2023** Hora turno **16:20** Sitio de Internación

Prestador **27528** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - CONSULTORIOS VIRTUALES**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico **CANTEROS DANTE - VIRTUAL** Matrícula**94421** Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Paciente citado en Consultorio Provincia A.R.T.

40

Tipo Evolutivo: No concurre

Recaída: 0

Fecha de Control **06/01/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **24150** CUIT **20230599778** R.Social **CANTEROS DANTE JAVIER**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico **CANTEROS DANTE - VIRTUAL** Matrícula**94421** Especialidad

Medicación Reposo

Observ. No Concurre

41

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **09/01/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

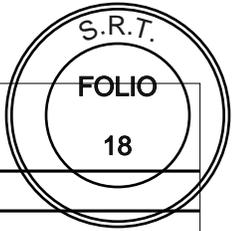
Medicación Reposo

Observ. 9-1-23 dr Bustamanteeco, lesión parcial de fibras de extensorrx se objetivan algunos signos de consolidaciónindico tenorrafiaFECHA DE CIRUGÍA 03/02

42

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0



Fecha de Control **10/01/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. En la fecha recibo pedido medico de cx, se carga para su autorizacion.

43

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0

Fecha de Control **10/01/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. En la fecha recibo presupuesto para cirugia de TENORRAFIA MICROQUIRURGICA DE EXTENSOR DE 4° DEDO, REALIZADA POR CIRUJANO ESPECIALISTA EN MMSSSe digitaliza

44

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **04/01/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

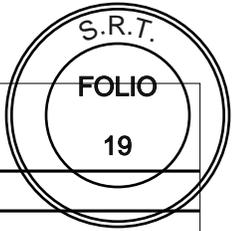
Medicación Reposo

Observ. ECOGRAFIA ARTICULAR MANO DERECHA 4-1-23PACIENTE: JONAS IGNACIO PARODI ORDOÑEZ SOLICITADO
 POR: BUSTAMANTE CINTHIA ESTUDIO: Prestaciones Médicas 180108 - ECOGRAFIA CADERA DE NIÑOS Y ART EN
 GRALOBRA SOCIAL: PROVINCIA ART EDAD: 29 FECHA : 04/01/2023 ATENCIÓN
 N°: 2814923 ECOGRAFÍA ARTICULAR:Se realizó ecografia de la articulacion del cuarto dedo de mano derecha.Se visualiza imagen anecoica de 9 x 5
 mm que impresiona en la vaina del tendón extensor, a la altura de la articulación metacarpofalángica.Impresiona existir integridad de al menos algunas
 fibras profundas del tendón extensor.Se visualiza placa en el extremo distal del metacarpianoPiel y TCS de aspecto normal

45

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0



Fecha de Control 02/01/2023	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno	Hora turno 00:00	Sitio de Internación

Prestador 1283	CUIT 30628933835	R.Social SANATORIO PASTEUR S.A.
-----------------------	-------------------------	--

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico	Matrícula	Especialidad
--------	-----------	--------------

Medicación Reposo

Observ. RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA 2-1-23PACIENTE: JONAS IGNACIO PARODI ORDOÑEZ SOLICITADO POR:
 BUSTAMANTE CINTHIA ESTUDIO: Prestaciones Médicas 340213 - RADIOGRAFIA DE CODO, ANTEBRAZO, MUÑECA, MANO,
 DEDO S, RODILLA, PIERNA, TOBILLO Y PIE: DOS POR PLACA.OBRA SOCIAL: PROVINCIA ART
 EDAD: 29 FECHA : 02/01/2023 ATENCIÓN N°: 2814926 RX de mano derecha F.P y O:Fractura del cuarto metacarpiano con reducción con
 placa y tornillos observándose ligero acortamiento del hueso.Espacios articulares conservados.Sin alteraciones en partes blandas

46

Tipo Evolutivo: Administrativo Médico

Recaída: 0

Fecha de Control 16/01/2023	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno	Hora turno 00:00	Sitio de Internación

Prestador 24111	CUIT 27237963372	R.Social MONJE ANALIA VERONICA
------------------------	-------------------------	---------------------------------------

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico	Matrícula	Especialidad
--------	-----------	--------------

Medicación Reposo

Observ. SE AUTORIZA PROCEDIMIENTO MAS INTERNACION

47

Tipo Evolutivo: Administrativo Médico

Recaída: 0

Fecha de Control 31/01/2023	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno	Hora turno 00:00	Sitio de Internación

Prestador 24111	CUIT 27237963372	R.Social MONJE ANALIA VERONICA
------------------------	-------------------------	---------------------------------------

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico	Matrícula	Especialidad
--------	-----------	--------------

Medicación Reposo

Observ. SE SOLICITA INFORME DE PRACTICA REALIZADA

48

Tipo Evolutivo: Administrativo Médico

Recaída: 0

S.R.T.

FOLIO

20

Fecha de Control **31/01/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta

Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **9753** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - CAPITAL - (CONTROL DE PRESTACIONES)**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Reclamar evolutivos y/o alta al prestador. ()

49

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **03/02/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta

Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**Tipo de Tratamiento **03** Internado

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Cirugía programada para el día 03/02/2023 ()

50

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **13/02/2023** Proximo Control Fecha Probable de AltaFecha turno Hora turno **00:00** Sitio de InternaciónPrestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

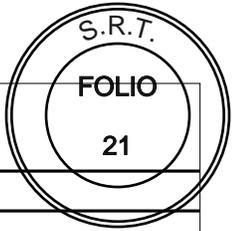
Medicación Reposo

Observ. 13-02-23 auditoria sanatorio pasteur evolucion dra bustamanteCursando 72hs posoperatorio de tenolisis extensores de mano derecha, presenta herida sangrante dolorosa, retiro férula de yesoindico curaciones y ejercicioscoloco vendaje solidarionc 22/02 para indicar fkt

51

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0



Fecha de Control **22/02/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. En la fecha se reclamó evolución, informe y/o alta médica al prestador. ()

52

Tipo Evolutivo: Informe

Recaída: 0

Fecha de Control **10/02/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Se recibe foja quirurgica de de fecha 10/02/23 por Tenolisis de aparato extensor de 4to dedo mano derechaSe digitaliza en AGA.

53

Tipo Evolutivo: Informe

Recaída: 0

Fecha de Control **10/02/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **27034** CUIT **30716993805** R.Social **INSTITUTO ROTELLA S.R.L EN FORMACION**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

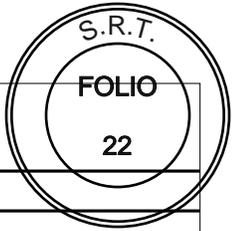
Medicación Reposo

Observ. Se recibe foja quirurgica de fecha 10/02/23 por Tenolisis de aparato extensor de 4to dedo mano derecha.Se digitaliza en AGA.

54

Tipo Evolutivo: Revisión Médica de estudios

Recaída: 0



Fecha de Control	03/03/2023	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	00:00
			Sitio de Internación

Prestador	24111	CUIT	27237963372	R.Social	MONJE ANALIA VERONICA
-----------	--------------	------	--------------------	----------	------------------------------

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Se recibe foja quirurgica de fecha 10/02/23 por Tenolisis de aparato extensor de 4to dedo mano derecha. Se digitaliza en AGA.

55

Tipo Evolutivo: Revisión Médica de estudios

Recaída: 0

Fecha de Control	03/03/2023	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	00:00
			Sitio de Internación

Prestador	24111	CUIT	27237963372	R.Social	MONJE ANALIA VERONICA
-----------	--------------	------	--------------------	----------	------------------------------

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Se recibe foja quirurgica de fecha 10/02/23 por Tenolisis de aparato extensor de 4to dedo mano derecha. Se digitaliza en AGA.

56

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control	13/03/2023	Proximo Control	20/03/2023	Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	00:00	Sitio de Internación

Prestador	1283	CUIT	30628933835	R.Social	SANATORIO PASTEUR S.A.
-----------	-------------	------	--------------------	----------	-------------------------------

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matricula Especialidad

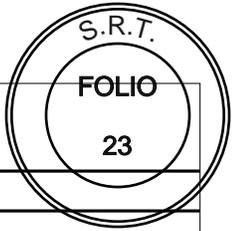
Medicación Reposo

Observ. 13-03-23 paciente que concurre a control con traumatólogo solicitándose la realizacion de eco dinámica de 4 dedo aguardándose control con dicho resultado

57

Tipo Evolutivo: Revisión Administrativa

Recaída: 0



Fecha de Control **20/03/2023** Proximo Control **20/03/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Especialidades en tratamiento :esp en MS¿Paciente internado?No¿Dónde se encuentra internado?-Rehabilitación:Frecuencia:-Fecha probable de finalización: (dia/mes)-Rehabilitación (Fonoaudiología):-Frecuencia:-Fecha probable de finalización: (dia/mes)-Tratamiento Psicologico:NoFrecuencia:-Fecha probable de finalización: (dia/mes)-¿Que estudios realizó en los ultimos 15 días? ¿Como se traslada para el tratamiento?Propios Medios¿El paciente concurre a las citaciones?SiVía de comunciación con la ART: telefonicaIndicación de medicamentos:No¿Efectuó retiro de medicamentos?NoIndicación de Ortopedia Blanda:No¿Efectuó retiro de Ortopedia Blanda?NoPosee Requerimientos SRT: NoModalidad de atenciónPresencialObservaciones: IC con dra. BUSTAMANTE esp en MS mano

58

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **20/03/2023** Proximo Control **22/03/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. 20/03/2023 - 09:16 2411 - BUSTAMANTE CINTHIA Esp. Traumatología y Ortopedia Edad: 29Eco, atrofia del tendon extensor? de 4to dedo de mano derecho rx para evaluar extracción de material

59

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **22/03/2023** Proximo Control **29/03/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. 22/03/2023 - BUSTAMANTE CINTHIA Esp. Traumatología y Ortopedia Edad: 29se visualizan signos de consolidaciónindico extracción de material + reconstrucción de ap extensorsto complejidad + estudios prequirúrgicosDra. CINTHIA BUSTAMANTE MP:2411 - ME:1193

60

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0

S.R.T.

FOLIO

24

Fecha de Control	23/03/2023	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	00:00
			Sitio de Internación

Prestador	1283	CUIT	30628933835	R.Social	SANATORIO PASTEUR S.A.
-----------	-------------	------	--------------------	----------	-------------------------------

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico	Matrícula	Especialidad
--------	-----------	--------------

Medicación Reposo

Observ. CIRUGIA TRAUMATOLOGICA: MANO(COMPLEJIDAD NC 4(100 %) + NC 4(50%) FECHA: 22 DE MARZO DE 2023PACIENTE: PARODI ORDOÑEZ JUANDNI: 37307690PROVINCIA ARTDIAGNOSTICO: LESION APARATO EXTENSOR + INTOLERANCIA AL MATERIAL.TRATAMIENTO: CIRUGIA MULTIPLE MS0418, EXTRACCION MATERIAL 4TO 1VITCMS0421+ REINSERCIÓN DEL APARATO EXTENSOR, REALIZADA POR CIRUJANOEESPECIALISTA EN MMSSPRECIO: \$ 160.748,40(PESOS CIENTO SESENTA MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO CON/40 ctvo)

61

Tipo Evolutivo: Administrativo Médico

Recaída: 0

Fecha de Control	28/03/2023	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	00:00
			Sitio de Internación

Prestador	24111	CUIT	27237963372	R.Social	MONJE ANALIA VERONICA
-----------	--------------	------	--------------------	----------	------------------------------

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico	Matrícula	Especialidad
--------	-----------	--------------

Medicación Reposo

Observ. se autoiriza procedimiento

62

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control	29/03/2023	Proximo Control	12/04/2023	Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	00:00	Sitio de Internación

Prestador	1283	CUIT	30628933835	R.Social	SANATORIO PASTEUR S.A.
-----------	-------------	------	--------------------	----------	-------------------------------

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico	Matrícula	Especialidad
--------	-----------	--------------

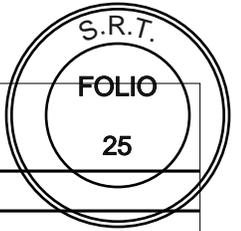
Medicación Reposo

Observ. 29-03-23 auditoria sanatorio Pasteur evolucion dra Bustamanterx conserva reducciónherida sin signos de flogosisnc 12/04 para retirar puntos

63

Tipo Evolutivo: Revisión Administrativa

Recaída: 0

Fecha de Control **05/04/2023** Proximo Control **12/04/2023** Fecha Probable de AltaFecha turno Hora turno **00:00** Sitio de InternaciónPrestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Especialidades en tratamiento :esp en MS¿Paciente internado?No¿Dónde se encuentra internado?-Rehabilitación:Frecuencia:-Fecha probable de finalización: (dia/mes)-Rehabilitación (Fonoaudiologia):-Frecuencia:-Fecha probable de finalización: (dia/mes)-Tratamiento Psicologico:NoFrecuencia:-Fecha probable de finalización: (dia/mes)-¿Que estudios realizó en los ultimos 15 días? -¿Como se traslada para el tratamiento?Remis¿El paciente concurre a las citas?SiVía de comunicación con la ART: aplicación de medicamentos:Si¿Efectuó retiro de medicamentos?SiIndicación de Ortopedia Blanda:No¿Efectuó retiro de Ortopedia Blanda?NoPosee Requerimientos SRT: NoModalidad de atenciónPresencialObservaciones: fecha de proximo control el 12/04

64

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0

Fecha de Control **05/04/2023** Proximo Control Fecha Probable de AltaFecha turno Hora turno **00:00** Sitio de InternaciónPrestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Se recibe consulta del paciente, se informa que la cirugía y los estudios pre quirurgicos ya estan autorizados y enviados a sanatorio Pasteur el dia 30/03 por correo.Tambien se le informa mediante app que actualmente se esta gestionando la provision de materiales quirurgicos solicitados. Paciente informado.

65

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0

Fecha de Control **17/04/2023** Proximo Control Fecha Probable de AltaFecha turno Hora turno **00:00** Sitio de InternaciónPrestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico Matricula Especialidad

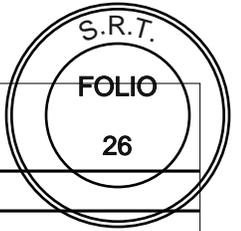
Medicación Reposo

Observ. Se envia correo a Dr.Castro solicitando el envio de evolutivos, se aguarda respuesta.

66

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0



Fecha de Control **12/04/2023** Proximo Control **19/04/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. 12-04-23 auditoria sanatorio Pasteur evolucion dra BustamantePENDIENTE ORTOPEDIAEstudios prequirúrgicos en condiciones

67

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0

Fecha de Control **21/04/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Se envia correo a ortopedia additive solicitando informe sobre la provision de materiales qx. Desde sanatorio Pasteur refieren no haber recibido el material, cirugia se reprograma.

68

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0

Fecha de Control **21/04/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

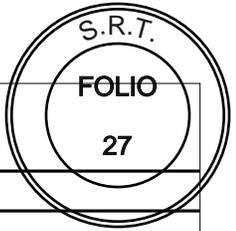
Medicación Reposo

Observ. Se realiza contacto con el paciente, se informa que se realizo un reclamo a la ortopedia ADDITIVE (Buenos Aires) ya que no realizo la entrega de materiales quirúrgicos, es lo único que falta para su cirugía. Se lo mantendra al tanto de la gestion. Paciente informado.

69

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0



Fecha de Control **26/04/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Se reitera correo a ortopedia additive solicitando informe sobre la provision de materiales qx. Desde sanatorio Pasteur refieren no haber recibido el material, cirugía se reprograma.

70

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **19/04/2023** Proximo Control **26/04/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. 19-04-23 auditoria sanatorio Pasteur evolucion dra Bustamantependiente ortopedia, provision de materiales adjudicados a ortopadia additivenc 7 días

71

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **26/04/2023** Proximo Control **03/05/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

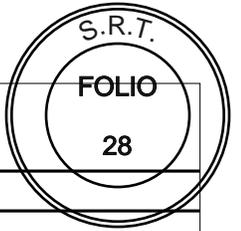
Medicación Reposo

Observ. 26-04-23 auditoria sanatorio Pasteur evolucion dra Bustamantependiente ortopedia, additive no entrega materiales, se solicita a art cambio de prestadornc 7 días

72

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0



Fecha de Control **03/05/2023** Proximo Control **10/05/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. 03-05-23 auditoria sanatorio Pasteur evolucion dra Bustamantese reciben materiales qx de ortopedia torres, se fija fecha qx el 10/05

73

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **10/05/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Foja quirúrgica Fecha 10/05/2023. Cirujano: Bustamante Cinthia
 Diagnostico pre operatorio: Insuficiencia 5to tendón extensor de mano
 Cirugía Principal: Tenolisis 5to tendón extensor
 Cirugías adicionales: Extracción de material de osteosíntesis de 5to mtc
 Descripción de Técnicas y hallazgos: Paciente en decúbito dorsal, bajo anestesia regional ecoguiada, asepsia, antisepsia y colocación de campos según técnica. Se coloca venda esmarch, se realiza abordaje sobre cicatriz previa en dorso de 5to mtc, se disecciona por planos, se visualiza material, se realiza extracción del mismo, se realiza tenodesis sobre mismo tendón hasta objetivar extensión activa completa de 5to dedo. Control radioscópico satisfactorio. Se retira venda esmarch, hemostasia. Cierra por planos, gasas, apósitos, vendaje. Post operatorio: Sala.

74

Tipo Evolutivo: Administrativo Médico

Recaída: 0

Fecha de Control **04/05/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico **CIOTTA DE CANO ALICIA -** Matricula **3903** Especialidad **CLINICA MEDICA**

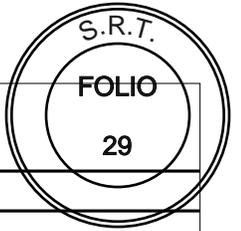
Medicación Reposo

Observ. Paciente con antecedentes de Accidente de transito con Tx de muñeca y mano derecha. con Fx del 4° MTC primeramente con tratamiento conservador, luego con Cx que se realizo el día 26/10/2022, realizo a la fecha 20 sesiones de FKT, dada la mala evolucion solicitaro Extraccion de Materiales de OS, la misma se realizar el día 10/05/23, por demora en el pedido de materiales por parte del prestador y problemas con Ortopedia para la provision de los materiales solicitados, esta demora no afectaria ni reagrararia la lesion del paciente.-DRA ALICIA CIOTTA GUEMESMEDICO CLINCI Y LABORAL MP: 3903 MN: 5520

75

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0



Fecha de Control **22/05/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Se envía correo a Dr.Castro solicitando el envío de evolutivos, se aguarda respuesta.

76

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **15/05/2023** Proximo Control **24/05/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. 15-05-23 auditoria sanatorio Pasteur evolucion dra BustamanteCursando 5to día posoperatorio de tenoplastia extensor de 4to dedo de mano derecha, realizo curación, herida sin signos de flogosisef, extension incompletaindicó continuar con férula de yeso hasta cumplir 3 semanas

77

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0

Fecha de Control **29/05/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

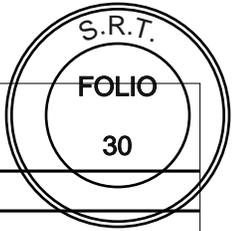
Medicación Reposo

Observ. Se envía correo a Dr.Castro solicitando el envío de evolutivos, se aguarda respuesta.

78

Tipo Evolutivo: Revisión Administrativa

Recaída: 0



Fecha de Control **29/05/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Especialidades en tratamiento :esp en MS mano¿Paciente internado?No¿Dónde se encuentra internado?-Rehabilitación:FisiokinesioterapiaFrecuencia:-
 Fecha probable de finalización: (dia/mes)-Rehabilitación (Fonoaudiología):-Frecuencia:-Fecha probable de finalización: (dia/mes)-Tratamiento
 Psicologico:NoFrecuencia:-Fecha probable de finalización: (dia/mes)-¿Que estudios realizó en los ultimos 15 días? -¿Como se traslada para el
 tratamiento?Propios Medios¿El paciente concurre a las citaciones?SiVía de comunciación con la ART: Applindicación de medicamentos:No¿Efectuó retiro
 de medicamentos?NoIndicación de Ortopedia Blanda:No¿Efectuó retiro de Ortopedia Blanda?NoPosee Requerimientos SRT: SiModalidad de
 atenciónPresencialObservaciones:

79

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **24/05/2023** Proximo Control **30/05/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **1283** CUIT **30628933835** R.Social **SANATORIO PASTEUR S.A.**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. 24-05-23 auditoria sanatorio pasteur evolucion dra bustamanteel paciente asiste a control, se objetiva descenso de 4to dedoindico cirugía, transferencia
 tendinosa

80

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0

Fecha de Control **31/05/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

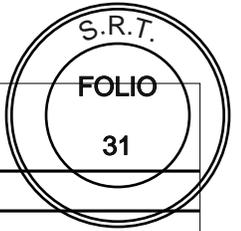
Medicación Reposo

Observ. Se intenta realizar contacto telefonico con el paciente ya que no le llegan los mensajes mediante app, no atiende el telefono, no se recibe nota de cambio
 de prestador. Se realizara nuevo contacto.

81

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0



Fecha de Control **06/06/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Se realiza nuevo contacto con el paciente, se solicita nuevamente (mediante app) que envíe una nota firmada donde solicite el cambio de prestador medico, hasta la fecha no se recibió la misma, sin la nota firmada por el paciente no se puede iniciar la gestión de derivación. Paciente informado.

82

Tipo Evolutivo: Derivación

Recaída: 0

Fecha de Control **15/06/2023** Proximo Control **22/06/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno **22/06/2023** Hora turno **10:15** Sitio de Internación

Prestador **27034** CUIT **30716993805** R.Social **INSTITUTO ROTELLA S.R.L EN FORMACION**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Paciente recibirá atención en Inst Rotella desde el 22/06 - Turno con Dr. Pablo Rotella

83

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **22/06/2023** Proximo Control **25/06/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **27034** CUIT **30716993805** R.Social **INSTITUTO ROTELLA S.R.L EN FORMACION**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

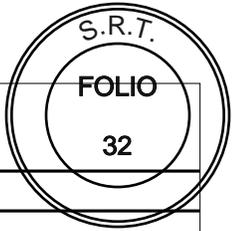
Medicación Reposo

Observ. y#149; 22/06/2023 - 10:47 hs. Paciente que trabaja como albañil y en julio de 2022 sufre accidente de moto con Fx de 4to MTC mano derecha tratada con placa con tornillo en Catamarca y tenolisis del tendón extensor del 4to dedo En el día de la fecha acude con déficit de extensión de 4to dedo mano derecha Llama la atención que después de la tenolisis tenía extensión completa y refiere que después de eso tuvo dos cirugías más Se solicita Rx y se entregan predios de prequirúrgicos Se propone exploración nueva tenolisis y/o injerto de tendón extensor

84

Tipo Evolutivo: Revisión Administrativa

Recaída: 0



Fecha de Control **22/06/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Especialidades en tratamiento :esp en MS Pablo Rotella¿Paciente internado?No¿Dónde se encuentra internado?-Rehabilitación:Frecuencia:-Fecha probable de finalización: (dia/mes)-Rehabilitación (Fonoaudiologia):-Frecuencia:-Fecha probable de finalización: (dia/mes)-Tratamiento Psicologico:NoFrecuencia:-Fecha probable de finalización: (dia/mes)-¿Que estudios realizó en los ultimos 15 días? rx derivado a esp en mano Dr. Rotella (Tucuman) - pedido de cx¿Como se traslada para el tratamiento?Remis¿El paciente concurre a las citaciones?SiVía de comunciación con la ART: AppIndicación de medicamentos:No¿Efectuó retiro de medicamentos?NoIndicación de Ortopedia Blanda:No¿Efectuó retiro de Ortopedia Blanda?NoPosee Requerimientos SRT: NoModalidad de atenciónPresencialObservaciones: Fecha de est pre qx 23/06 a 8 hs

85

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0

Fecha de Control **22/06/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico Matricula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Fecha de est pre qx 23/06 a 8 hs, se gestiona traslado

86

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **22/06/2023** Proximo Control **28/06/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **26678** CUIT **30554840538** R.Social **SANATORIO DEL SUR SA**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico Matricula **7877** Especialidad **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

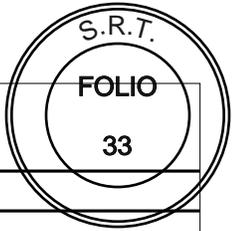
Medicación Reposo

Observ. Paciente que trabaja como albañil y en julio de 20222 sufre accidente de moto con Fx de 4to MTC mano derecha tratada con placa con tornillo en Catamarca y tenolisis del tendonestensor del 4to dedo En el dia de la fecha acude con deficit de extension de 4to dedo mano derecha Llama la atencion que despues de la tenolisis tenia extension completa y refiere que despues de eso tuvo dos cirugias mas Se solicita Rx y se entregan predidos de prequirurgicos Se propone exploracion nueva tenolisis y/o injerto de tendon extensor

87

Tipo Evolutivo: Administrativo Médico

Recaída: 0



Fecha de Control **23/06/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **9753** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - CAPITAL - (CONTROL DE PRESTACIONES)**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Rechazo de autorizacion número: 28 Tipo de prestación: 110000 PRACTICAS QUIRURGICAS Prestacion: 1 NQ 12.15.05 Motivo de rechazo: En trámite hasta resultado de Auditoría ()

88

Tipo Evolutivo: Administrativo Médico

Recaída: 0

Fecha de Control **23/06/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **9753** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - CAPITAL - (CONTROL DE PRESTACIONES)**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Rechazo de autorizacion número: 30 Tipo de prestación: 100000 INTERNACION COMUN Prestacion: 1 NP 43.01.01 Motivo de rechazo: En trámite hasta resultado de Auditoría ()

89

Tipo Evolutivo: Especificaciones para consultorio

Recaída: 0

Fecha de Control **23/06/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **9753** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - CAPITAL - (CONTROL DE PRESTACIONES)**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

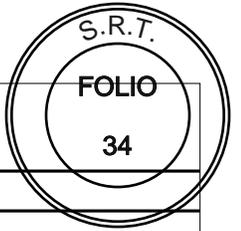
Medicación Reposo

Observ. Se cita paciente a consultorio externo de Provincia ART para valoracion con esp. en tyo:por cv: para evaluar cirugia exploradora de 4 dedo por tenolisis: paciente con antecedente:qx en el mes de mayo: sobre 5 dedo y antecedente cirugia en febrero 2023 Fx de 4to MTC mano derecha tratada con placa con tornillo en Catamarca y tenolisis del tendonextensor del 4to dedo. Corresponde? ()

90

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0



Fecha de Control	23/06/2023	Proximo Control	29/06/2023	Fecha Probable de Alta
Fecha turno	29/06/2023	Hora turno	13:40	Sitio de Internación
Prestador	CUIT	R.Social		

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.Médico **VIÑUELA MARIO** Matrícula **97847** Especialidad

Medicación Reposo

Observ. control pedido de tenolisis Paciente citado en Consultorio Provincia A.R.T.

91

Tipo Evolutivo: Recepción de consentimiento

Recaída: 0

Fecha de Control	29/06/2023	Proximo Control		Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno		Sitio de Internación
Prestador	17491	CUIT 20229000420	R.Social VIÑUELA MARIO SANTIAGO	

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.Médico **VIÑUELA MARIO** Matrícula **97847** Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Acepto términos y condiciones - Fecha: 29/06/2023 - Hora: 13:40 - Profesional: VIÑUELA MARIO SANTIAGO.

92

Tipo Evolutivo: Auditoría en Consultorio por Videollamada

Recaída: 0

Fecha de Control	29/06/2023	Proximo Control		Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno		Sitio de Internación
Prestador	17491	CUIT 20229000420	R.Social VIÑUELA MARIO SANTIAGO	

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.Médico **VIÑUELA MARIO** Matrícula **97847** Especialidad

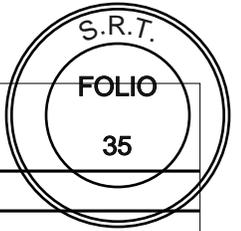
Medicación Reposo

Observ. amerita tratamiento por secuela de limitación de la movilidad del 4to dedo mano derecha, plan de tenolisis

93

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0



Fecha de Control **29/06/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Se verifica en sistema la autorizacion de cx luego de la TM:amerita tratamiento por secuela de limitación de la movilidad del 4to dedo mano derecha, plan de tenolisisSe procede a la carga de autorizaciones y gestion de turnos.

94

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **22/06/2023** Proximo Control **05/07/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **26678** CUIT **30554840538** R.Social **SANATORIO DEL SUR SA**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula **7877** Especialidad **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

Medicación Reposo

Observ. Paciente que trabaja como albañil y en julio de 20222 sufre accidente de moto con Fx de 4to MTC mano derecha tratada con placa con tornillo en Catamarca y tenolisis del tendonestensor del 4to dedo En el dia de la fecha acude con deficit de extension de 4to dedo mano derecha Llama la atencion que despues de la tenolisis tenia extension completa y refiere que despues de eso tuvo dos cirugias mas Se solicita Rx y se entregan predidos de prequirurgicos Se propone exploracion nueva tenolisis y/o injerto de tendon extensor

95

Tipo Evolutivo: Administrativo Médico

Recaída: 0

Fecha de Control **30/06/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **10828** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. -CORDOBA - (CONTROL DE PRESTACIONES)**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

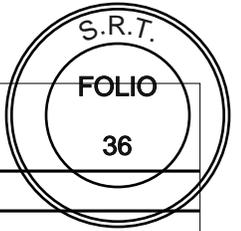
Medicación Reposo

Observ. Se autoriza: practica quirurgica: tenolisis , pre operatorios y dia de ntrenacion. Paciente en plan quirurgico.

96

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0



Fecha de Control **05/07/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **26678** CUIT **30554840538** R.Social **SANATORIO DEL SUR SA**

Tipo de Tratamiento **03** Internado

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Cirugía programada para el día 05/07/2023 ()

97

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0

Fecha de Control **07/07/2023** Proximo Control **10/07/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Se recibe pedido del paciente, se gestiona turno en Inst Rotella para control post qx, se aguarda respuesta para gestionar traslado. Paciente informado.Turno el dia 10/07 a 11 hs. Se gestiona traslado.

99

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0

Fecha de Control **10/07/2023** Proximo Control **13/07/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno **13/07/2023** Hora turno : Sitio de Internación

Prestador **10223** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - TUCUMAN - (CONTROL DE PRESTACIONES)**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.

Médico **KHOZAMEH FERNANDO -** Matrícula**5468** Especialidad

Medicación Reposo

Observ. SE ANULA TURNO-CITADO POR ERROR - error de carga

100

Tipo Evolutivo: Administrativo Médico

Recaída: 0

S.R.T.

FOLIO

37

Fecha de Control **10/07/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **10828** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. -CORDOBA - (CONTROL DE PRESTACIONES)**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Se autoriza: material de ortesis:ferula de muñeca con barra en T .Paciente en plan quirurgico.Practica quirurgica tenolisis.

101

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **10/07/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **27034** CUIT **30716993805** R.Social **INSTITUTO ROTELLA S.R.L EN FORMACION**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. ¿ 10/07/2023 - 09:46 hs.Paciente que acude a control con la valva de yeso en muy mal estado y quebrada y con actitud de flexion de la muñeca en una posicion inversa a la que se le dejo en quirofano Se realiza curacion Herida ok pero el 4to dedo con actitud de flexion Rompioi todo lo que se le realizo????Se le explica lo que se le realizo y hay documentacion iconografica de todo Solicito de manera urgente ferula de muñeca con barra en T

102

Tipo Evolutivo: Revisión Administrativa

Recaída: 0

Fecha de Control **17/07/2023** Proximo Control **21/07/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

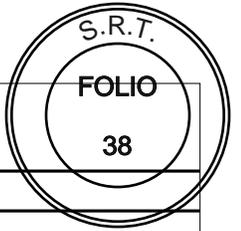
Medicación Reposo

Observ. Especialidades en tratamiento:esp en MS¿Paciente internado?No¿Dónde se encuentra internado?-Rehabilitación:Frecuencia:-Fecha probable de finalización: (día/mes)-Rehabilitación (Fonoaudiología):-Frecuencia:-Fecha probable de finalización: (día/mes)-Tratamiento psicológico:NoFrecuencia:-Fecha probable de finalización: (día/mes)-¿Qué estudios realizó en los últimos 15 días? cx de MS¿Cómo se traslada para el tratamiento?Remis¿El paciente concurre a las citaciones?SiVía de comunciación con la ART: Applndicación de medicamentos:No¿Efectuó retiro de medicamentos?NoIndicación de Ortopedia Blanda:No¿Efectuó retiro de Ortopedia Blanda?NoPosee Requerimientos SRT: NoModalidad de atenciónPresencialObservaciones: Fecha de proximo control el dia 21/07 a 16 hs

103

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0



Fecha de Control **17/07/2023** Proximo Control **21/07/2023** Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Fecha de proximo control el dia 21/07 a 16 hs. Paciente informado.

104

Tipo Evolutivo: Informe

Recaída: 0

Fecha de Control **05/07/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **26678** CUIT **30554840538** R.Social **SANATORIO DEL SUR SA**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Se recibe foja quirurgica de tenolisis extensora + tenorrafia terminolateral + plicatura tendon extensor de 4to dedo de mano derecha de fecha 05/07/23.Cirujano Dr. Pablo RotellaSe digitaliza en AGA.

105

Tipo Evolutivo: Informe

Recaída: 0

Fecha de Control **05/07/2023** Proximo Control Fecha Probable de Alta
 Fecha turno Hora turno **00:00** Sitio de Internación

Prestador **25549** CUIT **20293911631** R.Social **ROTELLA PABLO SABINO**

Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

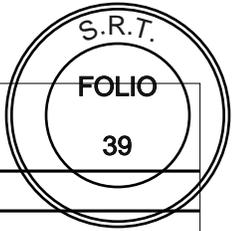
Medicación Reposo

Observ. Se recibe foja quirurgica de tenolisis extensora + tenorrafia terminolateral + plicatura tendon extensor de 4to dedo de mano derecha de fecha 05/07/23.Cirujano Dr. Pablo RotellaSe digitaliza en AGA.

106

Tipo Evolutivo: Revisión Médica de estudios

Recaída: 0

Fecha de Control **18/07/2023** Proximo Control Fecha Probable de AltaFecha turno Hora turno **00:00** Sitio de InternaciónPrestador **10828** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. -CORDOBA - (CONTROL DE PRESTACIONES)**Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Se recibe protocolo quirurgico: Se recibe foja quirurgica de tenolisis extensora + tenorrafia terminolateral + plicatura tendon extensor de 4to dedo de mano derecha de fecha 05/07/23.

107

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **21/07/2023** Proximo Control **04/08/2023** Fecha Probable de Alta

Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **27034** CUIT **30716993805** R.Social **INSTITUTO ROTELLA S.R.L EN FORMACION**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.Médico Matrícula Especialidad **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

Medicación Reposo

Observ. y#149; 21/07/2023 - 16:23 hs. Paciente que acude a control con todos los dedos en flexion, le entregaron un ferula que no es la que corresponde y encima la tiene mal colocada. Se le retiran los puntos y cuando le le pida que extienda el dedo lo flexiona por lo cual interpreto que el paciente esta haciendo todo para andar mal. Se le retiraron los puntos y se le explica que así no va a funcionar bien Se le entrega nueva pedido de la ferula que corresponde

108

Tipo Evolutivo: Revisión Administrativa

Recaída: 0

Fecha de Control **31/07/2023** Proximo Control **04/08/2023** Fecha Probable de AltaFecha turno Hora turno **00:00** Sitio de InternaciónPrestador **18985** CUIT **30688254090** R.Social **PROVINCIA A.R.T. - DELEG.CATAMARCA**Tipo de Tratamiento **01** Ambulatorio

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.

Médico Matrícula Especialidad

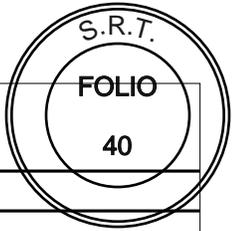
Medicación Reposo

Observ. Especialidades en tratamiento:esp en MS¿Paciente internado?No¿Dónde se encuentra internado?-Rehabilitación:FisiokinesioterapiaFrecuencia:1 x diaFecha probable de finalización: (día/mes)-Rehabilitación (Fonoaudiología):-Frecuencia:-Fecha probable de finalización: (día/mes)-Tratamiento psicológico:NoFrecuencia:-Fecha probable de finalización: (día/mes)-¿Qué estudios realizó en los últimos 15 días? -¿Cómo se traslada para el tratamiento?Remis¿El paciente concurre a las citaciones?SiVía de comunciación con la ART: Applndicación de medicamentos:No¿Efectuó retiro de medicamentos?NoIndicación de Ortopedia Blanda:No¿Efectuó retiro de Ortopedia Blanda?NoPosee Requerimientos SRT: NoModalidad de atenciónPresencialObservaciones: Fecha de proximo control el 04/08 en Inst Rotella

109

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **04/08/2023** Proximo Control **14/08/2023** Fecha Probable de Alta

Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **27034** CUIT **30716993805** R.Social **INSTITUTO ROTELLA S.R.L EN FORMACION**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.Médico Matrícula Especialidad **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

Medicación Reposo

Observ. ¿ 04/08/2023 - 10:49 hs. Paciente que acude nuevamente sin la ferula y con el dedo igual o peor que antes Se intenta colocar la ferula cuando lo llamo a consultorio Se le explica que todo hace mal y que asi no se puede continuar porque no es posible que lleve tantas cirugias y no mejor Se hablara con medica auditoria para ver como se continua

110

Tipo Evolutivo: Evolución

Recaída: 0

Fecha de Control **14/08/2023** Proximo Control **20/08/2023** Fecha Probable de Alta

Fecha turno Hora turno Sitio de Internación

Prestador **27034** CUIT **30716993805** R.Social **INSTITUTO ROTELLA S.R.L EN FORMACION**

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.Médico Matrícula Especialidad **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

Medicación Reposo

Observ. ¿ 14/08/2023 - 10:23 hs. Paciente que acude a control sin nignun tipo de novedades Motivo por el cual se hablara con el que maneja su siniestro para que lo evalue el medico auditor y se decida conducta a seguir ya que no hay predisposición del paciente a lo largo de todo el tratamiento

111

Tipo Evolutivo: Administrativo

Recaída: 0

Fecha de Control **16/08/2023** Proximo Control **17/08/2023** Fecha Probable de AltaFecha turno **17/08/2023** Hora turno **13:50** Sitio de Internación

Prestador CUIT R.Social

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPIANOS.Médico **KHOZAMEH FERNANDO** Matrícula **5468** Especialidad

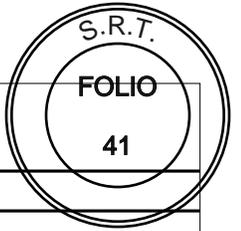
Medicación Reposo

Observ. Control indicado por esp. Dr. Rotella Paciente citado en Consultorio Provincia A.R.T.

112

Tipo Evolutivo: Recepción de consentimiento

Recaída: 0



Fecha de Control	17/08/2023	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	Sitio de Internación

Prestador	28143	CUIT	20209007178	R.Social	KHOZAMEH FERNANDO
-----------	--------------	------	--------------------	----------	--------------------------

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.Médico **KHOZAMEH FERNANDO** Matrícula**5468** Especialidad

Medicación Reposo

Observ. Acepto términos y condiciones - Fecha: 17/08/2023 - Hora: 13:50 - Profesional: KHOZAMEH FERNANDO.

113

Tipo Evolutivo: Auditoría en Consultorio por Videollamada

Recaída: 0

Fecha de Control	17/08/2023	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	Sitio de Internación

Prestador	28143	CUIT	20209007178	R.Social	KHOZAMEH FERNANDO
-----------	--------------	------	--------------------	----------	--------------------------

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.Médico **KHOZAMEH FERNANDO** Matrícula**5468** Especialidad

Medicación Reposo

Observ. En el día de la fecha me contacto con el paciente, poniendo a su disposición la atención médica, seguimiento y eventual alta médica, a través de la modalidad de telemedicina, el mismo acepta en todos sus términos lo ofrecido. Se le informa que lo referido tiene el carácter de declaración jurada. Paciente que trabaja como albañil y en julio de 20222 sufre accidente de moto con Fx de 4to MTC mano derecha tratada con placa con tornillo en Catamarca y tenolisis del tendón extensor del 4to dedo posteriormente Cirugía de tenolisis extensora + tenorrafia terminolateral + plicatura tendón extensor de 4to dedo de mano derecha de fecha 05/07/23. prestador informa que no cumple con las indicaciones estricta que le dá, que el paciente es poco colaborador. Al examen presenta cicatriz quirúrgica de 4 cm., aproximadamente, no se ve ni edema ni flogosis, al examen no colabora a veces lo extiende y otras no. Se indica el alta médica por tratamiento agotado. Dr. Fernando KhozamehMP 5468

114

Tipo Evolutivo: Auditoría en Consultorio por Videollamada

Recaída: 0

Fecha de Control	17/08/2023	Proximo Control	Fecha Probable de Alta
Fecha turno		Hora turno	Sitio de Internación

Prestador	28143	CUIT	20209007178	R.Social	KHOZAMEH FERNANDO
-----------	--------------	------	--------------------	----------	--------------------------

Tipo de Tratamiento

Diagnostico

CIE-10 **S62.3** FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS.Médico **KHOZAMEH FERNANDO** Matrícula**5468** Especialidad

Medicación Reposo

Observ. En el día de la fecha me contacto con el paciente, poniendo a su disposición la atención médica, seguimiento y eventual alta médica, a través de la modalidad de telemedicina, el mismo acepta en todos sus términos lo ofrecido. Se le informa que lo referido tiene el carácter de declaración jurada. Paciente que trabaja como albañil y en julio de 20222 sufre accidente de moto con Fx de 4to MTC mano derecha tratada con placa con tornillo en Catamarca y tenolisis del tendón extensor del 4to dedo posteriormente Cirugía de tenolisis extensora + tenorrafia terminolateral + plicatura tendón extensor de 4to dedo de mano derecha de fecha 05/07/23. prestador informa que no cumple con las indicaciones estricta que le dá, que el paciente es poco colaborador. Al examen presenta cicatriz quirúrgica de 4 cm., aproximadamente, no se ve ni edema ni flogosis, al examen no colabora a veces lo extiende y otras no. Se indica el alta médica por tratamiento agotado. Dr. Fernando KhozamehMP 5468

Bs. As., 11/09/2023

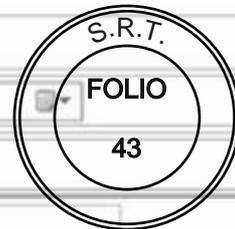
Damnificado: PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO
Siniestro: 2208045

No fueron realizados estudios posteriores al alta médica.

Sin otro particular saludo a Uds. muy atte.

DR ISAAC FIXEL
DEPARTAMENTO DE INCAPACIDAD

Foja Quirúrgica



Apellido : PARODI ORDOÑEZ	Nombre : JONAS IGNACIO	Fecha : 10/ 5/2023
---------------------------	------------------------	--------------------

Obra Social : PROVINCIA ART	
-----------------------------	--

1º Cirujano Nombre :	Bustamante Cinthia	Cirujano 2:	Corzo Veronica	Anestesista:	Maiza
1º Ayu. Nombre MP:		2º Ayu. Nombre MP:		Instrumentador:	

Cirugía:	<input checked="" type="checkbox"/> Limpia <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Sucia	Anat. Patológica:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tipo Cirugía:	<input checked="" type="checkbox"/> Programada <input type="checkbox"/> Urgencia	A T B Terapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anat. Patologica:	<input type="checkbox"/> Foja Simple <input type="checkbox"/> MultiEquipos	RX:	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

DIAGNÓSTICO PRE OPERATORIO:

Insuficiencia 5to tendón extensor de mano

DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO

CIRUGÍA PRINCIPAL

Tenodesis 5to tendón extensor

CIRUGÍAS ADICIONALES

Extracción de material de osteosíntesis de 5to mtc

DESCRIPCIÓN DE TÉCNICAS Y HALLAZGOS

Paciente en decubito dorsal, bajo anestesia regional ecoguiada, asepsia, antisepsia y colocación de campos según técnica. Se coloca venda esmarch, se realiza abordaje sobre cicatriz previa en dorso de 5to mtc, se disecciona por planos, se visualiza material, se realiza extracción del mismo, se realiza tenodesis sobre mismo tendón hasta objetivar extensión activa completa de 5to dedo. Control radioscópico satisfactorio. Se retira venda esmarch, hemostasia. Cierre por planos, gasas, apósitos, vendaje

SOLICITUD DE PRÁCTICAS INTRAOPERATORIAS:

RX

PRÁCTICAS REALIZADAS

(Transfusión / Yeso / A. P. / Rx):

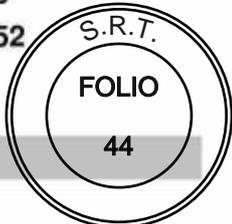
RX

POST OPERATORIO EN:

Sala
 U.T.I. / I.C.C.I.
 UCMA

VERSION DIGITAL

VERSION DIGITAL



Tel:

Paciente

Nombre: **PARODI ORDOÑEZ, JONAS**
Edad: **29 años** DNI: **37307690**

Cobertura: **PROVINCIA ART**
N° Beneficiario: **220804510**

Práctica principal

723402 - TRANSFERENCIA TENDINOSA PARA SECCIÓN DE EXTENSORES.
Fecha inicio: **05/07/2023** Hora inicio: **10:10**
Fecha fin: **05/07/2023** Hora fin: **11:30**
Cirofano: **Q1**

Diagnósticos

Preoperatorio: **Traumatismo del tendón y músculo extensor del pulgar a nivel de la muñeca y de la mano**

Intraoperatorio: **TENOLISIS EXTENSORA + TENORRAFIA TERMINOLATERAL + PLICATURA TENDON EXTENSOR DE 4TO DEDO DE MANO DERECHA**

Cirujano: **ROTELLA PABLO SABINO**
Ayudante 1: **DAMIGELLA BRUNO**
Ayudante 2: **CARRASCO DREER MIGUEL ALEJANDRO**
Ayudante 3:
Anestesista: **WERENITZKY ANDRES**
M.I.O.:
Instrument.: **LAZARTE ELIAS JAVIER RODRIGO**

Arco C: **N** Laparo / artroscopia: **N**
Reintervención: **S** Cirugía suspendida: **N**
Transfusiones: **0** Camis. desc.: **0**

Urgencia: **N**

Detalle operatorio

Paciente en decúbito dorsal bajo anestesia troncular de miembro superior derecho. Asepsia y antisepsia según técnica. Campos estériles según técnica en miembro superior derecho. Se realiza abordaje sobre cicatriz dorsal previa a nivel de 4to metacarpiano. Se avanza por planos y se llega a tenorrafia previa con gran cantidad de tejido cicatrizal. Se reseca el mismo. Se realiza tenolisis extensora en todo el recorrido del abordaje. Además se observa lesión completa de bandeleta intertendinosa de 3ro al 4to extensor a la cual se le realiza reparación. Se realiza plicatura de tendón extensor de 3er dedo de mano derecha logrando correcta posición de los dedos ante maniobra tenodesica. Se lava con abundante solución fisiológica. Se cierra por planos. Vendaje estéril. Férula de yeso ABP con dedos en extensión. Paciente tolera procedimiento y pasa estable a sala de recuperación

COMPLEJIDAD 6 - 12.35.32 - MS.06.32
COMPLEJIDAD 5 - 12.34.18 - MS.05.18
COMPLEJIDAD 5 - 12.34.27 - MS.05.27

Dr. ROTELLA PABLO S.
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tel. 0662 3001

N° DE SINIESTRO: 02208045/001/00

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO

CUIL/DN N°: 20-37307690-3

Fecha de Nacimiento: 30/07/1993 Sexo: M F

Calle: CASA 19 ANTINACO

Nro: S/N

Piso:

Dpto:

Localidad: SAN FDO DEL VALLE DE CATAMARCA

Provincia: CATAMARCA

CP: 4700 Tel. Fijo:

Tel. Móvil: 03834 - 15688351

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social: SUCESION DE MOGETTA GUIDO DAVID

CUIT: 20-08042389-7

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: PROVINCIA A.R.T. - CONSULTORIOS VIRTUALES

CUIT: 30-68825409-0

Calle: MITRE BARTOLOME

Nro: 866

Piso: 0

Dpto:

Localidad: CAPITAL FEDERAL

Provincia: CATAMARCA

CP: 1036

Tel.:

Fax:

Mail: info@provar.com.ar

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE LA CONSULTAAccidente de trabajo Accidente in itinere Enfermedad Profesional Intercurrencia

Fecha del Accidente/Primera manifestación invalidante:

Fecha: 16/07/2022

Hora: 07:10

Fecha de inicio de la inasistencia laboral:

Fecha: 16/07/2022

Hora: _____

Fecha de primera atención médica:

Fecha: 16/07/2022

Hora: _____

Descripción del motivo de consulta:

dirigiéndose en moto al trabajo resbala con la misma cae golpeándose rodilla y muñeca derecha

Diagnóstico:

Indicaciones / Tratamiento: _____

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA

Tratamiento médico asistencial pendiente:

Sí No Odont. Dermat. Psicoterapia Serol.

Fecha de próxima revisión:

Fecha:

Hora: _____

Recalificación profesional

Sí No

Fecha de retorno al trabajo:

18/08/2023

Hora: _____

Fin de tratamiento:

17/08/2023

Hora: _____

Motivo de cese de ILT:

Alta Médico: Rechazo: Muerte: Fin de Tratamiento: Por derivación:

Tipo de derivación: _____

Afección inculpable:

Sí No

Secuelas incapacitantes:

Sí No

Prestaciones de mantenimiento:

Sí No **CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO**

Fin de tratamiento:

Hora: _____

Secuelas incapacitantes:

Sí No

Recalificación profesional:

Sí No

Prestaciones de mantenimiento:

Sí No

ALTA MÉDICA: Sr. Trabajador en caso de discrepancia con el alta médica otorgada, usted puede presentarse dentro de los 5 (cinco) días hábiles ante la Comisión Médica sita en PADRE RAMON DE LA QUINTANA 69, (4700) - SAN FDO DEL VALLE DE CATAMARCA - CATAMARCA - TELEFONO: 0800 666 6778/0383-4422646 - HORARIO: 07:00 hs. A 12:00 hs., concurriendo personalmente a fin de someterse a evaluación médica.
Los datos de contacto de Provincia ART son: 0800-333-1278 en el horario de 08 a 20 hs.

FIN DE TRATAMIENTO: Sr. Trabajador en caso de discrepancia con esta decisión, usted puede concurrir a la Comisión Médica sita en PADRE RAMON DE LA QUINTANA 69, (4700) - SAN FDO DEL VALLE DE CATAMARCA - CATAMARCA - TELEFONO: 0800 666 6778/0383-4422646 - HORARIO: 07:00 hs. A 12:00 hs..
Los datos de contacto de Provincia ART son: 0800-333-1278 en el horario de 08 a 20 hs.

En caso de existir secuelas incapacitantes resultantes del siniestro, la ART/EA le informará dentro de los próximos 20 (veinte) días hábiles administrativos, la fecha de audiencia ante la Comisión Médica Jurisdiccional para fijar el porcentaje de la incapacidad laboral permanente.

17/08/2023

Lugar y fecha de la Asistencia Médica

PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/N° de Matrícula

Este formulario de constancia de alta médica es una copia del Sistema, el original fue entregado al Trabajador en el Prestador Médico

Correo Argentino		02208045/001/00	Incapacidades		CÓDIGO DE CLIENTE	FRANQUEO A PAGAR CORASA 12658
A.R. - CARTA DOCUMENTO						
REMITENTE N° A.R. (Troquel T&T) PROVINCIA A.R.T. S.A.			DESTINATARIO PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO			
DOMICILIO Devolver a CTP BUE Sector Carta Documento (12658 F7)			DOMICILIO CASA 19 ANTINACO S/N			
CÓDIGO POSTAL B1842ZAC	LOCALIDAD MONTE GRANDE	PROVINCIA BUENOS AIRES	CÓDIGO POSTAL 4700	LOCALIDAD SAN FDO DEL VALLE DE CATAMARCA	PROVINCIA CATAMARCA	
 <p>3779350921498</p>						
SELLO OFICINA ORIGEN			RECIBI CONFORME EL ENVÍO REFERENTE A ESTE AVISO		SELLO OFICINA DESTINO	
			FECHA		FIRMA DEL DESTINATARIO	
			HORA			
			ACLARACIÓN FIRMA DESTINATARIO			
			FIRMA EMPLEADO QUE ENTREGA Y N° DE LEGAJO			

Correo Argentino		3779350921498	CD 24880965 9	Correo Argentino	SUPERIOR UETA T&T	FRANQUEO A PAGAR CORASA 12658
CARTA DOCUMENTO						
REMITENTE PROVINCIA A.R.T. S.A.			DESTINATARIO PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO			
DOMICILIO CARLOS PELLEGRINI 91			DOMICILIO CASA 19 ANTINACO S/N			
CÓDIGO POSTAL 1000	LOCALIDAD CAPITAL FEDERAL	PROVINCIA CAPITAL FEDERAL	CÓDIGO POSTAL 4700	LOCALIDAD SAN FDO DEL VALLE DE CATAMARCA	PROVINCIA CATAMARCA	

CAPITAL FEDERAL, 17 de AGOSTO de 2023

Ref.:
 Nro. de Orden: 02208045/001/00
 Empresa: SUCESION DE MOGETTA GUIDO DAVID
 Trabajador: PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO
 DNI: 37307690
 Fecha del Infortunio: 16/07/2022

Sr. Trabajador, se le NOTIFICA que Usted presentaría una Incapacidad Laboral Permanente (I.L.P.), por la cual le correspondería percibir una indemnización.
 En tal sentido, Ud. deberá designar su ABOGADO de confianza y seleccionar la Comisión Médica Jurisdiccional en la cual gestionará su trámite, comunicando a esta Aseguradora su elección dentro de los próximos CINCO (5) días hábiles al correo electrónico incapacidades@provart.com.ar (*).
 Usted podrá elegir la Comisión Médica considerando: a) el domicilio que figura en su D.N.I.; o b) el domicilio del lugar en que presta servicios en forma efectiva o reporta tareas habitualmente (realizando Declaración Jurada conforme Resolución S.R.T. N° 11/2018). Deberá informar datos del letrado patrocinante Apellido y Nombre, Matrícula, CUIT, teléfono, domicilio postal y correo electrónico.
 Una vez designado su representante legal y valorado el daño derivado del accidente o enfermedad, esta Aseguradora podrá efectuarle una propuesta de acuerdo, la que se le comunicará a su abogado. En caso de arribarse a un acuerdo, se requerirá obligatoriamente para su instrumentación la asistencia jurídica de su abogado, para luego ser sometido a consideración del Servicio de Homologación de la Comisión Médica por Ud. seleccionada para su aprobación.
 Si no hubiera acuerdo, se iniciará un trámite de determinación de la incapacidad en la Comisión Médica Jurisdiccional correspondiente al domicilio denunciado en su D.N.I. (artículo 5º, Resolución S.R.T. N° 298/17). En el caso en que no se cumpliera con la designación de su abogado, no concurriría a los turnos médicos que fueran asignados para valorar el grado de incapacidad laboral o no hubiere expresado su intención respecto de la propuesta de acuerdo, se le informa que Usted deberá solicitar la intervención de la Comisión Médica Jurisdiccional para la determinación de sus secuelas incapacitantes (artículo 2º, Resolución S.R.T. N° 20/21).
 Si Usted no cuenta con un ABOGADO de su confianza, podrá solicitar uno que será seleccionado por sorteo de los listados conformados por los colegios profesionales mediante la Plataforma ACOM (www.acom.org.ar) o a través del sitio web de la S.R.T. (www.srt.gob.ar). Por cualquier consulta que desee realizar, lo invitamos a comunicarse a nuestra línea gratuita al 0800-333-1278 (Resolución S.R.T. N° 2.553/13) o con la S.R.T. al 0800-666-6778.
 (*) En dicha oportunidad, deberá junto con su ABOGADO, acompañar presentación por escrito mediante la cual se deje constancia de la representación letrada designada y constituya domicilio a los efectos del trámite (artículo 1º de la Ley N° 27.348; artículo 28 de la Resolución S.R.T. N° 298/17).

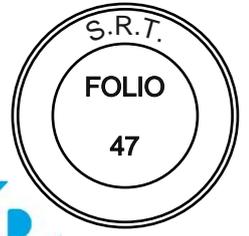
CERTIFICO QUE LA PRESENTE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL EXPEDIDO EN LA FECHA POR CERTIFICADO N° CD 17 AGO 2023 POR CORREO OFICIAL DE METROPOLITANO BUENOS AIRES, SECTOR CARTA DOCUMENTO

17 AGO 2023

DR. ISAAC FIXEL

DEPARTAMENTO DE INCAPACIDADES

DNI 13.704.509



Bs. As., 11/09/2023

Damnificado: PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO
Siniestro: 2208045

Adjuntamos carta documento solicitando selección de comisión médica, al día de la fecha no hemos recibido lo requerido. Anexamos DNI.

Sin otro particular saludo a Uds. muy atte.

DR ISAAC FIXEL
DEPARTAMENTO DE INCAPACIDAD

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / Surname
PARODI ORDOÑEZ



Nombre / Name
JONAS IGNACIO

Sexo / Sex
M

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
B

Fecha de nacimiento / Date of birth
30 JUL / JUL 1993

Fecha de emisión / Date of issue
05 MAY / MAY 2017

Fecha de vencimiento / Date of expiry
05 MAY / MAY 2032

Trámite Nº / Of. Ident
00492973471
7031

Documento / Document
37.307.690



[Handwritten Signature]
Firma del titular / SIGNATURE

Fecha: 19/09/2023

Estimado **PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO** - CUIL: **20373076903** - Nro. Documento:
37307690

Estamos tramitando su Expediente con el Nro **425666/23**

Motivo: **Determinación de la Incapacidad**

Le informamos que, en virtud del trámite de referencia, Ud. deberá presentarse el día **19/10/2023** a las **07:45** horas, en la comisión médica **024 ubicada en la calle Padre Ramón de la Quintana 69 - CATAMARCA - CTMARCA CP. 4700** para la realización del Examen Médico, el cual será llevado a cabo luego de verificar sus datos y la consistencia de la documentación aportada. La presente citación se realiza conforme lo establecido por la normativa vigente y de acuerdo a la solicitud de intervención de esta Comisión Médica.

Le recordamos que deberá concurrir con su Documento de Identidad, lentes y/o audífonos (en caso de utilizarlos), Historia Clínica, estudios médicos relacionados al siniestro denunciado y todos los antecedentes del caso que tuviere en su poder.

Asimismo, le comunicamos que deberá presentarse acompañado de su letrado patrocinante en aquel motivo de trámite médico en el cual es requisito indispensable la representación letrada, quien deberá acreditar la vigencia de su matrícula mediante la presentación de la misma.

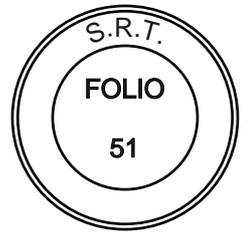
Se informa que, en el marco de la ampliación de la emergencia pública en materia sanitaria establecida por Decreto N° 260/20 en relación con el coronavirus COVID-19, si pertenece a algún grupo riesgo de los previstos en la Resolución N°627/2020 emitida por el Ministerio de Salud, podrá no concurrir a esta citación programada en la Comisión Médica Jurisdiccional, Delegación o Anexo asignado, debiendo presentar la correspondiente justificación médica, remitiendo la documentación de rigor que acredite su estado de salud.

Asimismo, para el caso de presentar algún de los síntomas compatibles con la enfermedad COVID por motivos de prevención, Ud. NO DEBERA acudir a la presente citación, debiendo presentar la correspondiente justificación médica. En ambos casos, quedará pendiente la evaluación requerida hasta que solicite un nuevo turno por medio de las vías habilitadas al efecto.

Para más información podrá contactarse a través de los canales electrónicos habituales disponibles en el sitio web oficial de la S.R.T. ([HTTPS://www.argentina.gob.ar/srt](https://www.argentina.gob.ar/srt)). O puede comunicarse al 0800-666-6778 de Lunes a Viernes de 09:00 hs a 17:00 hs.

Comisión Médica N° 024

Superintendencia de Riesgos del Trabajo



Etiqueta para sobre con estudios para la audiencia médica

VERSION DIGITAL

00051 - PROVINCIA

-20373076903 - PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO

-Citación: 19/10/2023 07:45

-Expediente SRT: 425666/23

VERSION DIGITAL

Ref.: Expediente SRT N° 425666/23

CONSTANCIA DE NOTIFICACIONES

Destinatario	Ref. Normativa	Asunto	Fecha Notificación
A.R.T./E.A: PROVINCIA	V.E. - Res. S.R.T. N° 635/2008	Notificación de Citación a Audiencia Médica a la ART (Res. SRT 179/15)	19/09/2023
Empleador CUIT: 20080423897	V.E. - Res. S.R.T. N° 365/2009	Notificación de Citación al Empleador por Ventanilla/Correo	19/09/2023
Trabajador CUIL: 20373076903,	V.E. - Res. S.R.T. N° 82/2020	Notif. de Citación al Patrocinante/Trabajador	19/09/2023

Total Consulta: 3

Las notificaciones cursadas bajo la resolución SRT N° 82/2020 se enviarán a la V.E. de quién se encuentre registrado, para el caso de trabajador damnificado, derechohabiente o Letrado Patrocinante/Apoderado en las presentes actuaciones, en la plataforma de eServicios SRT.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo



Superintendencia de Riesgos del Trabajo

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO

RECIBIDO

21 SEP. 2023

Ingreso N° 2305439/2023-Fs. 1

S.R.T.

Carta Poder

FOLIO 53

VERSION DIGITAL

Quien suscribe

Apellido y Nombres

Parodi Ordoñez, Jonas Ignacio

Tipo y N° de documento

DNI 37.307.690

Sexo

F M

Domicilio

Casa no 19 3° Anbraco - Uc 7104

CP

4700

Correo electrónico

jonasparodi68@gmail.com

Teléfono

3834688351

Otorga poder para tramitar ante las Comisiones Médicas a

Apellido y Nombres

Juarez, Natalia

Tipo y N° de Documento

DNI 26.349.157

Parentesco

Profesional - Matrícula

Abogada 978: 2634

Domicilio

Prado no 240

CP

4700

Correo electrónico

nataliajuarez.nj@gmail.com

Teléfono

3834065050

NATALIA JUAREZ
 ABOGADA - PROCURADORA
 M.P. 2119 (CPAyP LRY - M.P. 2834 (CAC)
 CSJN T° 500 F° 560

Firma Apoderado

Firma del Poderante

Certificación de firmas por Autoridad Competente

Certifico que los datos personales consignados son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que se indican y que tuve a la vista y que las firmas fueron colocadas en mi presencia.

Cañolvarca 21/09/23

Lugar y Fecha

GRACIELANELLY GUTIERREZ
 RESPONSABLE ADMINISTRATIVO
 COMISION MEDICA N° 24
 S.R.T.

Firma y sello Funcionario Certificante



Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Por medio de la presente, y en virtud de lo previsto en la normativa vigente, solicito la intervención de la Comisión Medica N° 024 Delegación Catamarca, la cual será competente en virtud de (marque con una X):

Opción de la C.M. correspondiente a su domicilio (deberá presentar su D.N.I.)

Domicilio: Casa no 19 3º Anhiaco Uc 7104

Localidad: S.F del U de Cat Provincia: Catamarca

Opción de la C.M. correspondiente al lugar en el cual desarrolla/desarrolló sus tareas o en el cual se reporta/reportó.

Empresa para la cual presta/prestó servicios:

CUIT N°:

En el establecimiento sito en la calle:

Localidad: Provincia:

IMPORTANTE: el presente formulario debe ser completado de puño y letra, en imprenta mayúscula. Asimismo, se le informa que los datos consignados en el presente revisten carácter de declaración jurada.


Firma Damnificado / Apoderado


NATALIA JUAREZ
ABOGADA - PROCURADORA
M.P. 2119 (CPAyP LR) - M.P. 2634 (CAC)
CSJMT 500 P° 560
Aclaración

VERSION DIGITAL

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA



Apellido / Surname
PARODI ORDOÑEZ

Nombre / Name
JONAS IGNACIO



Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality
M ARGENTINA

Ejemplar
B

Fecha de nacimiento / Date of birth
30 JUL / JUL 1993

Fecha de emision / Date of issue
05 MAY / MAY 2017

FIRMA IDENTIFICADOR / SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
05 MAY / MAY 2032

Documento / Document

37.307.690

Trámite N° / Of. ident.
00492973471
7031



VERSION DIGITAL



CREDENCIAL DE ABOGADO
PROV. de CATAMARCA
(Decreto Ley N° 224/57)
El Colegio de Abogados de Catamarca,
CERTIFICA que:

NATALIA JUAREZ

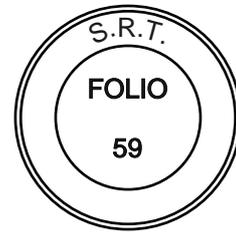
MAT. PROF. N° **2.634** TOMO: **X** FOLIO: **061**
cuyos datos personales figuran al dorso, está inscripto/a en esta Institución.

"Art. 6º. En el desempeño de su profesión el ABOGADO queda asimilado a los MAGISTRADOS en cuanto atañe al respeto y consideración que debe guardársele".

APELLIDO: Juárez
NOMBRE: Natalia
D.N.I. N°: 26.349.157
DOM. REAL: Prado N° 240 - Ctca.
FECHA MATRICULA.: 12/SEPTIEMBRE/2018

~~GABRIEL ADRIAN JAIME~~
SECRETARIO

~~Dra. MARIA FERNANDA ROSALES ANDREOTTI~~
PRESIDENTE



Ingreso

Nro: 2305439/2023

Tipo de presentación: Acompaña documental para Expediente SRT

Tipo de Ingreso: NOTA

Tema: Por medio de la presente, quien suscribe Natalia Juarez, Abogada M.P: 2634, DNI: 26.349.157 CUIL: 27-26349157-8, solicito DESIGNACIÓN de PATROCINIO LETRADO al expte 425666/23, oportunamente iniciado en la CMJ nro 024 de la Pcia de Catamarca, por PROVINCIA ART, para Determinación de la Incapacidad, perteneciente al Sr. Parodi Ordoñez, Jonas Ignacio, DNI nro: 37.307.690 CUIL: 20-37307690-3. Se adjunta para tal fin la documentación que respalda dicho pedido. Ante cualquier novedad informar al mail: nataliajuarez.nj@gmail.com y/o al celular nro: 3834065050.

Datos de Contacto del Remitente

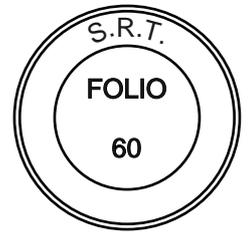
CUIL: 27263491578

Nombre y Apellido: JUAREZ NATALIA

Teléfono Fijo: (0383)4065050

Teléfono Celular: (0383)154065050

Email: nataliajuarez.nj@gmail.com



FORMULARIO INICIO

VERSION DIGITAL

Expediente: 425666/23

Tipo de Trámite CM: Determinación de la Incapacidad

Iniciado en: 024 - CATAMARCA

Damnificado

CUIL: 20373076903

Tipo y Nro. Documento: DOCUMENTO UNICO - 37307690

Apellido Nombre: PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO

Fecha Nacimiento: 30/07/1993

Dirección Electrónica:

jonasparodi68@gmail.com

Sexo: M

Teléfono Fijo: (011)48192800

Celular: (03834)15688351

Celular Contacto: -

Domicilio Notificación: CASA 19 ANTINACO

S/N - CATAMARCA - SAN FERNANDO DEL

VALLE DE CATAMARCA - CP: 4700

Solicitante: ART/EA

Domicilios

Accidente-ART-Empleador

Fecha Accidente/PMI: 16/07/2022

Tipo Accidente: In Itinere

Intercurrencia: No

Es una Enfermedad No Listada: -

Nro Accidente: 22080401202205433800

CUIT Ocurrencia:

ART/EA: 00051 - PROVINCIA

Empleador: 20080423897 - MOGETTA GUIDO DAVID

CIU Principal del Contrato: 429090 - Construcción de obras de ingeniería civil n.c.p.

(Incluye los trabajos generales de construcción para la minería y la industria, de centrales eléctricas y nucleares, excavaciones de sepulturas, etc.)

Patrocinante

Gratuito: No

CUIL: 27263491578**Tipo y Nro. de Documento:** DOCUMENTO UNICO- 26349157

Apellido y Nombre: JUAREZ NATALIA

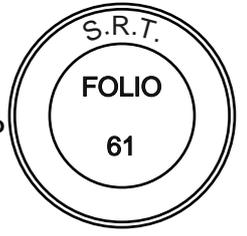
Celular: (0383)154065050

Matricula: 2634

Domicilio: PRADO 240 - CATAMARCA - SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA - CP: 4700

Dirección Electrónica: nataliajuarez.nj@gmail.com

Otros Datos



Fecha Cese ILT Ult. Reingreso: 17/08/2023 **Motivo Cese ILT Ult. Reingreso:** P

Lesiones: 07 - Contusiones , -

Porcentaje Secuela: 11.00

Diagnostico: S623 - Fractura de otros huesos metacarpianos , -

Fecha Alta Medica: 17/08/2023

Existe inconsistencia en la información entre la documentación aportada por el Damnificado y la información que trae el sistema: No

Observaciones: dirigiendose en moto al trabajo resbala con la misma cae golpeandose rodilla y muñca derecha

VERSION DIGITAL

VERSION DIGITAL



"1983/2023 - 40 AÑOS DE
DEMOCRACIA"

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

San Fernando del Valle de Catamarca, 22 de Septiembre de 2023

Expediente SRT N° 425666/23

Dra Natalia Juárez
S...../.....D

De nuestra consideración:

Se informa que la presentación realizada ante la SRT,
Registrada bajo ingreso SRT N° 2305439/2023, ha sido incorporada al
correspondiente trámite médico..

Queda Ud. Debidamente notificado.


Santillan Marcelo
Comisión Médica N° 24
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Ref.: Expediente SRT N° 425666/23

CONSTANCIA DE NOTIFICACIONES

VERSION DIGITAL

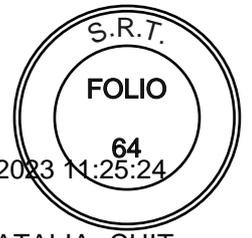
Destinatario	Ref. Normativa	Asunto	Fecha Notificación
Trabajador CUIT Letrado:27263491578	Domicilio Electrónico Constituido - Res. S.R.T. N° 22/2018	Comunicación al trabajador y/o patrocinante	22/09/2023
Trabajador CUIL: 20373076903, 27263491578	V.E. - Res. S.R.T. N° 82/2020	Comunicación al trabajador y/o patrocinante	22/09/2023

Total Consulta: 2

Las notificaciones cursadas bajo la resolución SRT N° 82/2020 se enviarán a la V.E. de quién se encuentre registrado, para el caso de trabajador damnificado, derechohabiente o Letrado Patrocinante/Apoderado en las presentes actuaciones, en la plataforma de eServicios SRT.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

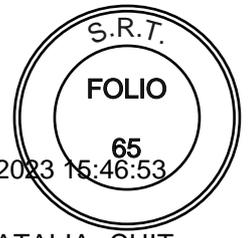
VERSION DIGITAL



VERSION DIGITAL

Por medio de la presente se deja constancia que en el día de la fecha el Dr./Dra. JUAREZ NATALIA, CUIT 27263491578, ha tomado VISTA de la totalidad de los actuados en el Expediente Electrónico SRT N° 425666/23 hasta el día de la fecha, en conformidad con lo dispuesto por la Ley de Procedimiento Administrativo N° 19.549 y su Decreto Reglamentario N° 1759/1972. CONSTE.

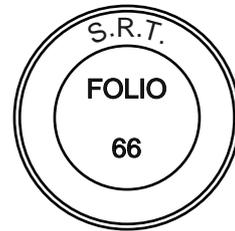
VERSION DIGITAL



VERSION DIGITAL

Por medio de la presente se deja constancia que en el día de la fecha el Dr./Dra. JUAREZ NATALIA, CUIT 27263491578, ha tomado VISTA de la totalidad de los actuados en el Expediente Electrónico SRT N° 425666/23 hasta el día de la fecha, en conformidad con lo dispuesto por la Ley de Procedimiento Administrativo N° 19.549 y su Decreto Reglamentario N° 1759/1972. CONSTE.

VERSION DIGITAL



FORMULARIO INICIO

VERSION DIGITAL

Expediente: 425666/23

Tipo de Trámite CM: Determinación de la Incapacidad

Iniciado en: 024 - CATAMARCA

Damnificado

CUIL: 20373076903

Tipo y Nro. Documento: DOCUMENTO UNICO - 37307690

Apellido Nombre: PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO

Fecha Nacimiento: 30/07/1993

Dirección Electrónica:

jonasparodi68@gmail.com

Sexo: M

Teléfono Fijo:

Celular: (0383)154688351

Celular Contacto: -

Domicilio Notificación: B° ANTINACO -
CASA N° 19 - - CATAMARCA - SAN
FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA -
CP: 4700

Solicitante: ART/EA

Domicilios

Accidente-ART-Empleador

Fecha Accidente/PMI: 16/07/2022

Tipo Accidente: In Itinere

Intercurrencia: No

Es una Enfermedad No Listada: -

Nro Accidente: 22080401202205433800

CUIT Ocurrencia:

ART/EA: 00051 - PROVINCIA

Empleador: 20080423897 - MOGETTA GUIDO DAVID

CIIU Principal del Contrato: 429090 - Construcción de obras de ingeniería civil n.c.p.
(Incluye los trabajos generales de construcción para la minería y la industria, de centrales eléctricas y nucleares, excavaciones de sepulturas, etc.)

Patrocinante

Gratuito: No

CUIL: 27263491578**Tipo y Nro. de Documento:** DOCUMENTO UNICO- 26349157

Apellido y Nombre: JUAREZ NATALIA

Celular: (0383)154065050

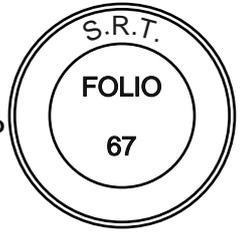
Matricula: 2634

Domicilio: PRADO 240 - CATAMARCA - SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA -
CP: 4700

Dirección Electrónica: nataliajuarez.nj@gmail.com

Otros Datos

Otros Datos



Fecha Cese ILT Ult. Reingreso: 17/08/2023 **Motivo Cese ILT Ult. Reingreso:** P

Lesiones: 07 - Contusiones , -

Porcentaje Secuela: 11.00

Diagnostico: S623 - Fractura de otros huesos metacarpianos , -

Fecha Alta Medica: 17/08/2023

Existe inconsistencia en la información entre la documentación aportada por el Damnificado y la información que trae el sistema: No

Observaciones: dirigiendose en moto al trabajo resbala con la misma cae golpeandose rodilla y muñca derecha ASISTE ACOMPAÑADO POR SU MEDICO DE PARTE: DR BRUNO ROBLEDO DNI N° 25302986 MP N° 1715

VERSION DIGITAL

VERSION DIGITAL

VERSION DIGITAL

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMIDORES

Apellido / Surname
ROBLEDO

Nombre / Name
BRUNO ARIEL

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality
M ARGENTINA

Fecha de nacimiento / Date of birth
23 AGO / AUG 1976

Fecha de emisión / Date of issue
01 ENE / JAN 2014

Fecha de vencimiento / Date of expiry
06 ENE / JAN 2029

Título Nº / ID. card
00237749516
7020



Documento / Document
25.302.986

Santillan, Ruben Marcelo
Subgerencia Medica
19/10/2023
M.C.P.R.T.



VERSION DIGITAL

entillan, Ruben Marcelo
Gerencia Médica
18/10/2023



GOBIERNO DE MEDICO
DE CATAMARCA

Hidalgo Yrigoyen N° 1233
1700 San Fernando del Valle de Catamarca,
RECONOCIDO POR LEY N° 4652/91



CREDENCIAL
PROFESIONAL

Dr. GONZALEZ GABRIELA
Médico Generalista
Médico Generalista de Catamarca



Apellido: **ROBLEDO**

Nombres: **BRUNO ARIEL**

DNI N°: 25.302.986

Mat. Prof. N°: 1.715

Libro: **08**

Folio: **088**

OTORGADA: 26/04/202004

Catamarca, 15/05/2018

.....
Firma del Profesional



FOLIO

71

VERSION DIGITAL

DATOS DEL EMPLEADO

CUIL: **20373076903** Nombre y Apellido: **PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO**
F. Nacimiento: **30/07/1993** Sexo: **M - Masculino**
Nro.Documento: **37307690 - DOC.NACIONAL DE IDENTIDAD** Nacionalidad:
Dirección: **CASA 19 SAN FDO DEL VAL CATAMARCA 4700**

CUILES ASOCIADOS

Cuil Definitiva	Cuil Anterior	Fecha de Asociación	Fecha de Desasociación
20373076903			

(*) Cuil Definitiva

Accidentes del Trabajador

Fecha	Tipo	Cat	Accidente	ART	Días ILT	Forma Accidente	CUIT empleador	Empleador
16/07/2022	In Itinere	CB	22080401202205433800	PROVINCIA	365	101 - Caídas de personas con desnivelación por caídas desde alturas (árboles, edificios, andamios, escaleras, máquinas de trabajo, vehículos)	20080423897	MOGETTA GUIDO DAVID

VERSION DIGITAL



"1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA"

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Fecha: 19/10/2023 09:38:05

ACTA DE AUDIENCIA MÉDICA

DATOS PRINCIPALES

Nro. Expdte SRT: 425666/23
Comisión Médica: 024 - CATAMARCA
Damnificado: 20373076903 - PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO - DOC.NACIONAL DE IDENTIDAD - 37307690
Fecha Nacimiento: 30/07/1993
ART/EA: 00051 - PROVINCIA
Localidad: CATAMARCA
Edad: 30
Nro AT/EP: 22080401202205433800

DATOS DE LA AUDIENCIA

Motivo de la Presentación: Determinación de la Incapacidad
Concurrentes:
 Damnificado: PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO
 Médico de parte del trabajador: dr Robledo Bruno - MP 1715
Tipo de AT/EP: In Itinere
Subtipo: De la casa al trabajo
Intercurrencia: NO
Fecha Accidente: 16/07/2022
Hora: 07:00
Sector de Trabajo: empresa de construccion
Tareas Habituales del Damnificado: ayudante
Antigüedad en la Empresa: 1 año

PREEXISTENCIAS

No se encuentran preexistencias en Expedientes SRT.
Otras Preexistencias: no

DESCRIPCIÓN DEL AT/EP

Suspende Tareas: SI
Descripción de la contingencia: El trabajador se dirigia en moto con ruta nevada, derrapo por la nieve y cae golpeando mano derecha
Estudios y Tratamientos Recibidos: Asistido por ART a las 48 hs , realizan radiologia con fractura del 4to MTC, inmovilizacion por 2-3 meses, intervenido fractura del cuarto metacarpiano con reducción con placa y tornillos observándose ligero acortamiento del hueso, realizan EMO , tambien realizan transferencia tendinosa de extensores permanece con yeso y ferula por un mes m s . FKT mas de 80 sesiones Manifiesta perdida de funcion de mano para muchas actividades.
Cese ILT: SI
Fecha Cese ILT: 17/08/2023
Motivo Ceses ILT: Alta médica

Fecha Alta Médica: 17/08/2023

PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO

Damnificado

dr Robledo Bruno
MP 1715

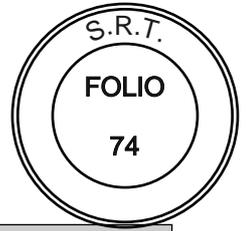
Médico de parte del trabajador

Tapia, Patricia Mabel
Matr. Nac. 173320

Expediente: 425666/23

Emisión: 19/10/2023 09:38

Página 1 de 2



Fin de Tratamiento: SI

VERSION DIGITAL

EXAMEN FÍSICO

Miembro Hábil Superior: Derecho

Observaciones: MANO DERECHA: cicatriz de 5 cm dorsal curva Edema: en 4to dedo. Temperatura: piel sudorosa , caliente 4to dedo Pliegues palmares: borrados moderado. Pliegues dorsales: borrados moderado. Trofismo muscular: hipotrofia leve . Nivel neurológico: S2/M5 colaterales radial y cubital . Movilidad: . Dedo mayor: MTCF: 0 - 70 . IFP: 0 - 80 . IFD: 0 - 70 . Dedo anular: MTCF: 50 - 60 . IFP: flexion 70 retenida (hacia cara palmar) . IFD: 0 - 0 en extension permanente hacia cara palmar . Dedo meñique: MTCF: 0 - 40 . IFP: 0 - 65 . IFD: 0 - 45 .

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: Traumatismo de mano derecha

INDICACIONES/ESTUDIOS SOLICITADOS

Indicaciones/Estudios Solicitados: NO

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: El medico de parte sin objeciones , por tiempo transcurrido y multiples cirugias, alta por especialista y solicitud de ART solicito determinacion de incapacidad. El trabajador expresa estar de acuerdo

FIRMANTES

PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO

Damnificado

dr Robledo Bruno

MP 1715

Médico de parte del trabajador

Tapia, Patricia Mabel

Matr. Nac. 173320

Expediente: 425666/23

Emisión: 19/10/2023 09:38

Página 2 de 2



"1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA"

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Fecha: 19/10/2023 09:38:05

ACTA DE AUDIENCIA MÉDICA

DATOS PRINCIPALES

Nro. Expte SRT: 425666/23
Comisión Médica: 024 - CATAMARCA
Localidad: CATAMARCA
Damnificado: 20373076903 - PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO - DOC.NACIONAL DE IDENTIDAD - 37307690
Fecha Nacimiento: 30/07/1993
Edad: 30
ART/EA: 00051 - PROVINCIA
Nro AT/EP: 22080401202205433800

DATOS DE LA AUDIENCIA

Motivo de la Presentación: Determinación de la Incapacidad
Concurrentes:
Damnificado: PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO
Médico de parte del trabajador: dr Robledo Bruno - MP 1715
Tipo de AT/EP: In itinere
Subtipo: De la casa al trabajo
Intercurrencia: NO
Fecha Accidente: 16/07/2022
Hora: 07:00
Sector de Trabajo: empresa de construccion
Tareas Habituales del Damnificado: ayudante
Antigüedad en la Empresa: 1 año

PREEXISTENCIAS

No se encuentran preexistencias en Expedientes SRT.
Otras Preexistencias: no

DESCRIPCIÓN DEL AT/EP

Suspende Tareas: SI
Descripción de la contingencia: El trabajador se dirigia en moto con ruta nevada, derrapo por la nieve y cae golpeando mano derecha
Estudios y Tratamientos Recibidos: Asistido por ART a las 48 hs , realizan radiologia con fractura del 4to MTC, inmovilizacion por 2-3 meses, intervenido fractura del cuarto metacarpiano con reducción con placa y tornillos observándose ligero acortamiento del hueso, realizan EMO , tambien realizan transferencia tendinosa de extensores permanece con yeso y ferula por un mes m s . FKT mas de 80 sesiones Manifiesta perdida de funcion de mano para muchas actividades.
Cese ILT: SI
Fecha Cese ILT: 17/08/2023
Motivo Ceses ILT: Alta médica

Fecha Alta Médica: 17/08/2023

PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO

Damnificado

Expediente: 425666/23

dr Robledo Bruno
MP 1715

Médico de parte del trabajador

Tapia, Patricia Mabel
Matr. Nac. 173320

Fin de Tratamiento: SI

EXAMEN FÍSICO

Miembro Hábil Superior: Derecho

Observaciones: MANO DERECHA: cicatriz de 5 cm dorsal curva Edema: en 4to dedo. Temperatura: piel sudorosa , caliente 4to dedo Pliegues palmares: borrados moderado. Pliegues dorsales: borrados moderado. Trofismo muscular: hipotrofia leve . Nivel neurológico: S2/M5 colaterales radial y cubital . Movilidad: . Dedo mayor: MTCF: 0 - 70 . IFP: 0 - 80 . IFD: 0 - 70 . Dedo anular: MTCF: 50 - 60 . IFP: flexion 70 retenida (hacia cara palmar) . IFD: 0 - 0 en extension permanente hacia cara palmar . Dedo meñique: MTCF: 0 - 40 . IFP: 0 - 65 . IFD: 0 - 45 .

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: Traumatismo de mano derecha

INDICACIONES/ESTUDIOS SOLICITADOS

Indicaciones/Estudios Solicitados: NO

SOLICITUD DE LA HISTORIA CLINICA AL TRABAJADOR

Solicitud de historia clínica al Trabajador: NO

OBSERVACIONES

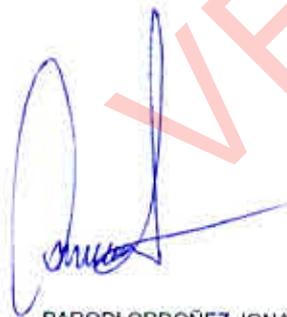
El trabajador aportó documentación al momento de la audiencia: NO

El Trabajador dejó documentación/estudios médicos en papel: NO

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

Observaciones: El medico de parte sin objeciones , por tiempo transcurrido y multiples cirugias, alta por especialista y solicitud de ART solicito determinacion de incapacidad. El trabajador expresa estar de acuerdo

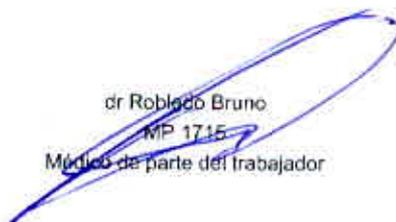
FIRMANTES



PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO

Damificado

Expediente: 425666/23



Dr Robledo Bruno

MP 1715

Médico de parte del trabajador



Tapia, Patricia Mabel
Matr. Nac. 173320

VERSION DIGITAL



19/10/23
37,307.690

VERSION DIGITAL



[Handwritten signature]

37.307.690
19/10/23



VERSION DIGITAL



19/10/23

37.307.690

Ref.: Expediente SRT N° 425666/23

CONSTANCIA DE NOTIFICACIONES

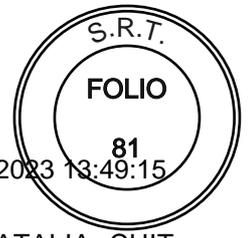
Destinatario	Ref. Normativa	Asunto	Fecha Notificación
A.R.T./E.A: PROVINCIA	V.E. - Res. S.R.T. N° 635/2008	Notificación de Acta de Audiencia Médica a la ART	19/10/2023
Trabajador CUIL: 20373076903, 27263491578	V.E. - Res. S.R.T. N° 82/2020	Notif. de Acta de Audiencia Médica al Patrocinante/Trabajador	19/10/2023
Trabajador CUIT Letrado: 27263491578	Domicilio Electrónico Constituido - Res. S.R.T. N° 22/2018	Notif. de Acta de Audiencia Médica al Patrocinante/Trabajador	19/10/2023

Total Consulta:

3

Las notificaciones cursadas bajo la resolución SRT N° 82/2020 se enviarán a la V.E. de quién se encuentre registrado, para el caso de trabajador damnificado, derechohabiente o Letrado Patrocinante/Apoderado en las presentes actuaciones, en la plataforma de eServicios SRT.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo



VERSION DIGITAL

Por medio de la presente se deja constancia que en el día de la fecha el Dr./Dra. JUAREZ NATALIA, CUIT 27263491578, ha tomado VISTA de la totalidad de los actuados en el Expediente Electrónico SRT N° 425666/23 hasta el día de la fecha, en conformidad con lo dispuesto por la Ley de Procedimiento Administrativo N° 19.549 y su Decreto Reglamentario N° 1759/1972. CONSTE.

VERSION DIGITAL



29/11/2023 08:04:34

VERSION DIGITAL

Por medio de la presente se deja constancia que en el día de la fecha el Dr./Dra. JUAREZ NATALIA, CUIT 27263491578, ha tomado VISTA de la totalidad de los actuados en el Expediente Electrónico SRT N° 425666/23 hasta el día de la fecha, en conformidad con lo dispuesto por la Ley de Procedimiento Administrativo N° 19.549 y su Decreto Reglamentario N° 1759/1972. CONSTE.

VERSION DIGITAL

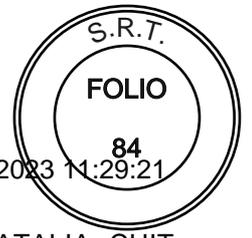


15/12/2023 10:12:03

VERSION DIGITAL

Por medio de la presente se deja constancia que en el día de la fecha el Dr./Dra. JUAREZ NATALIA, CUIT 27263491578, ha tomado VISTA de la totalidad de los actuados en el Expediente Electrónico SRT N° 425666/23 hasta el día de la fecha, en conformidad con lo dispuesto por la Ley de Procedimiento Administrativo N° 19.549 y su Decreto Reglamentario N° 1759/1972. CONSTE.

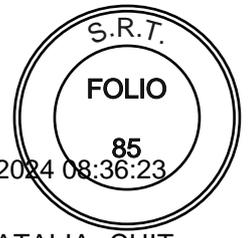
VERSION DIGITAL



VERSION DIGITAL

Por medio de la presente se deja constancia que en el día de la fecha el Dr./Dra. JUAREZ NATALIA, CUIT 27263491578, ha tomado VISTA de la totalidad de los actuados en el Expediente Electrónico SRT N° 425666/23 hasta el día de la fecha, en conformidad con lo dispuesto por la Ley de Procedimiento Administrativo N° 19.549 y su Decreto Reglamentario N° 1759/1972. CONSTE.

VERSION DIGITAL

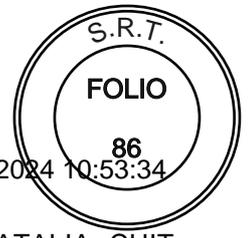


03/01/2024 08:36:23

VERSION DIGITAL

Por medio de la presente se deja constancia que en el día de la fecha el Dr./Dra. JUAREZ NATALIA, CUIT 27263491578, ha tomado VISTA de la totalidad de los actuados en el Expediente Electrónico SRT N° 425666/23 hasta el día de la fecha, en conformidad con lo dispuesto por la Ley de Procedimiento Administrativo N° 19.549 y su Decreto Reglamentario N° 1759/1972. CONSTE.

VERSION DIGITAL



15/01/2024 10:53:34

VERSION DIGITAL

Por medio de la presente se deja constancia que en el día de la fecha el Dr./Dra. JUAREZ NATALIA, CUIT 27263491578, ha tomado VISTA de la totalidad de los actuados en el Expediente Electrónico SRT N° 425666/23 hasta el día de la fecha, en conformidad con lo dispuesto por la Ley de Procedimiento Administrativo N° 19.549 y su Decreto Reglamentario N° 1759/1972. CONSTE.

VERSION DIGITAL



Ministerio de Capital Humano
Secretaría de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Fecha: 18/01/2024 12:06

DICTAMEN MEDICO

DATOS PRINCIPALES

Nro. Expediente SRT: 425666/23
Comisión Médica: 024 - CATAMARCA

Fecha Inicio Trámite: 11/09/2023
Localidad: CATAMARCA

DAMNIFICADO

Damnificado: 20373076903 - PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO - DOCUMENTO UNICO - 37307690
Fecha de nacimiento: 30/07/1993 Edad: 30
Sexo: M
Domicilio notificación: B° ANTINACO - CASA N° 19 -
Localidad notificación: SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA - CATAMARCA - CP:4700
A.R.T./E.A.: 00051 - PROVINCIA Nro AT/EP: 22080401202205433800
Empleador: 20080423897 - MOGETTA GUIDO DAVID
Tareas Habituales del Damnificado: ayudante
Antigüedad en la Empresa: 1 año

FUNDAMENTOS Y DESCRIPCION DEL ACCIDENTE/ENFERMEDAD

Motivo de la presentación: Determinación de la Incapacidad
Tipo de AT/EP: In Itinere Subtipo: De la casa al trabajo
Intercurrencia: NO
Fecha Accidente: 16/07/2022 Hora: 07:00
Suspende tareas: SI
Descripción de la contingencia: El trabajador se dirigia en moto con ruta nevada, derrapo por la nieve y cae golpeando mano derecha
Estudios y Tratamientos Recibidos: Asistido por ART a las 48 hs , realizan radiologia con fractura del 4to MTC, inmovilizacion por 2-3 meses, intervenido fractura del cuarto metacarpiano con reducción con placa y tornillos observándose ligero acortamiento del hueso, realizan EMO , tambien realizan transferencia tendinosa de extensores permanece con yeso y ferula por un mes m s . FKT mas de 80 sesiones Manifiesta perdida de funcion de mano para muchas actividades.
Sector de Trabajo: empresa de construccion
Fecha Alta Médica: 17/08/2023
Cese ILT: SI
Fecha Cese ILT: 17/08/2023 Motivo Cese ILT: Alta médica

PREEXISTENCIAS

Patricia Mabel Tapia
Matr. Nac. 173320
024 - CATAMARCA
Superintendencia de Riesgos del Trabajo
Expediente: 425666/23



No se encuentran preexistencias en Expedientes SRT.

no

EXAMEN FÍSICO

Miembro Hábil Superior: Derecho

Observaciones: MANO DERECHA: cicatriz de 5 cm dorsal curva Edema: en 4to dedo. Temperatura: piel sudorosa , caliente 4to dedo Pliegues palmares: borrados moderado. Pliegues dorsales: borrados moderado. Trofismo muscular: hipotrofia leve . Nivel neurológico: S2/M5 colaterales radial y cubital . Movilidad: . Dedo mayor: MTCF: 0 - 70 . IFP: 0 - 80 . IFD: 0 - 70 . Dedo anular: MTCF: 50 - 60 . IFP: flexion 70 retenida (hacia cara palmar) . IFD: 0 - 0 en extension permanente hacia cara palmar . Dedo meñique: MTCF: 0 - 40 . IFP: 0 - 65 . IFD: 0 - 45 .

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 CONSIGNAN 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. Presentacion de historia siniestral . Foja quirurgica: insuficiencia 5to tendon extensor de mano derecha, tenodesis 5to tendon extensor, EMO Dra Bustamante C. 10/05/23 Foja quirurgica: transferencia tendinosa para seccion de extensores, tenolisis extensora + tenorrafia terminolateral + plicatura de tendon extensor de 4to dedo mano derecha. 05/07/23 Dr Rotella Pablo.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: S623 - Fractura de otros huesos metacarpianos - Traumatismo grave de mano derecha

CONCLUSIONES

Contingencia definida al momento de dictaminar: In Itinere

CONCLUSIÓN: ...Se inician las presentes actuaciones a solicitud de 20373076903 - PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO - DOCUMENTO UNICO: 37307690 por Determinacion de la incapacidad. Visto y considerando que el carácter laboral de la contingencia no se encuentra controvertido por las partes, se procedió a valorar exclusivamente la prueba médica incorporada en las actuaciones, ello en los términos de la Resolución SRT N° 899/17. Del análisis de la documentación obrante en el expediente, esta Comisión Médica concluye y dictamina que corresponde determinar el grado de Incapacidad Laboral resultante, de acuerdo a lo normado por el Decreto 659/96 modificado por el Decreto 49/14, en base a las secuelas detectadas como consecuencia del siniestro denunciado.

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

PRESTACIONES EN ESPECIE

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

INCAPACIDAD

Fija porcentaje de Incapacidad: SI

Preexistencia: 0.00%

Capacidad restante: 100.00%

Patricia Mabel Tapia

Matr. Nac. 173320

024 - CATAMARCA

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Expediente: 425666/23



VERSION DIGITAL

Lesión	Porcentaje(%)	
Mano derecha S2 4to dedo colaterales radial y cubital	6,00%	
Mano derecha limitaciones funcionales 3er dedo flexion MTCF 70 (2,00%) IFP 80 (2,00%) -4to dedo MTCF ext 50 (4,00%) flexion 60 (3,00%) IFP flexion 70 (3,00%) ext ext retenida (6,00%) IFD flexion 0 (6,00%) 5to dedo MTCF flexion 40 (4,00%) IFP 65 (3,00%) IFD 45 (2,50%)	32.50	
Miembro superior hábil: Derecho 5% del...38.50%	1.93%	
SubTotal: 40.43%		
Factores de ponderación		
Tipo actividad: Alta (0% - 20%)	10.00% 4.04%	
Reubicación laboral: No Amerita Recalificación (0%)	0.00% 0.00%	
Edad: De 21 a 31 años (0 a 3%)	1.00%	
Porcentaje total:	45.47%	
Tipo: PERMANENTE	Grado: PARCIAL	Caracter: DEFINITIVO
Gran invalidez: NO		

Aclaración:

El presente dictamen puede ser apelado dentro de los CINCO (5) días de haber sido notificado. Para ello, en oportunidad de plantear la apelación, deberá indicar en el mismo acto, por escrito y, de forma excluyente, los motivos de su disconformidad. En caso de no reunir estos requisitos el recurso se considerará infundado y no se le dará curso. Podrá solicitar a la Mesa de Entradas de la Comisión Médica el Formulario tipo para la presentación de la Apelación en caso que lo requiera. A su vez, el mismo estará disponible en la Página Web del Organismo para su impresión y posterior utilización.

Se hace saber que conforme a lo establecido por el artículo 46 de la Ley N° 24.557 y sus modificatorias "Una vez agotada la instancia prevista ante las comisiones médicas jurisdiccionales las partes podrán solicitar la revisión de la resolución ante la Comisión Médica Central.

El trabajador tendrá opción de interponer recurso contra lo dispuesto por la comisión médica jurisdiccional ante la justicia ordinaria del fuero laboral de la jurisdicción provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según corresponda al domicilio de la comisión médica que intervino.

La decisión de la Comisión Médica Central será susceptible de recurso directo, por cualquiera de las partes, el que deberá ser interpuesto ante los tribunales de alzada con competencia laboral o, de no existir éstos, ante los tribunales de instancia única con igual competencia, correspondientes a la jurisdicción del domicilio de la comisión médica jurisdiccional que intervino.

Se recuerda que la normativa vigente establece que "...La Comisión Médica Jurisdiccional elevará las actuaciones al Juzgado competente cuando el trabajador hubiera interpuesto recurso y además optado en ese sentido, atrayendo en su caso los recursos interpuestos por las demás partes." Por lo tanto, se le informa a Ud. que, en caso de presentar el recurso de apelación al Dictamen Médico de la Comisión Médica Jurisdiccional, las actuaciones se remitirán a la Comisión Médica Central excepto manifestación expresa de la opción referida; de no mediar aclaración alguna, se dará continuidad a la instancia administrativa.

El recurso interpuesto por el trabajador atraerá al que eventualmente interponga la aseguradora de riesgos del

Patricia Mabel Tapia
Matr. Nac. 173320
024 - CATAMARCA
Superintendencia de Riesgos del Trabajo
Expediente: 425666/23



VERSION DIGITAL

trabajo ante la Comisión Médica Central y la sentencia que se dicte en instancia laboral resultará vinculante para todas las partes..."

El presente dictamen es suscripto y se aprueba en cumplimiento del procedimiento normado por la Resolución SRT N° 179/15 y en el 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 45.47%.-

FIRMAS Y ACLARACIONES

VERSION DIGITAL

Patricia Mabel Tapia
Matr. Nac. 173320
024 - CATAMARCA
Superintendencia de Riesgos del Trabajo
Expediente: 425666/23

Ref.: Expediente SRT N° 425666/23

CONSTANCIA DE NOTIFICACIONES

Destinatario	Ref. Normativa	Asunto	Fecha Notificación
A.R.T./E.A: PROVINCIA	V.E. - Res. S.R.T. N° 635/2008	Envío de Notificación del Dictamen a la ART con Plazo	18/01/2024
Trabajador CUIL: 20373076903, 27263491578	V.E. - Res. S.R.T. N° 82/2020	Notif. del Dictamen al Patrocinante/Trabajador	18/01/2024
Trabajador CUIT Letrado: 27263491578	Domicilio Electrónico Constituido - Res. S.R.T. N° 22/2018	Notif. del Dictamen al Patrocinante/Trabajador	18/01/2024

Total Consulta:

3

Las notificaciones cursadas bajo la resolución SRT N° 82/2020 se enviarán a la V.E. de quién se encuentre registrado, para el caso de trabajador damnificado, derechohabiente o Letrado Patrocinante/Apoderado en las presentes actuaciones, en la plataforma de eServicios SRT.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo



22/01/2024 15:16:16
REF: 425666/23

VERSION DIGITAL

Por medio de la presente se deja constancia que en el día de la fecha el usuario Perez Biasco, Jacinto Mauricio , DNI 32274027 perteneciente a PROVINCIA ha tomado VISTA de la totalidad del Expediente Electrónico de referencia a través de Ventanilla Electrónica conforme lo establecido en la Res. SRT N° 635/08 y su modificatorias o complementarias. CONSTE.

VERSION DIGITAL

CATAMARCA, 09/02/2024
Ref.: Expediente SRT N° 425666/23

VERSION DIGITAL

Se informa que el dictamen perteneciente al presente expediente se encuentra firme.

VERSION DIGITAL

CONSTANCIA DE NOTIFICACIONES

Destinatario	Ref. Normativa	Asunto	Fecha Notificación
A.R.T./E.A: PROVINCIA	V.E. - Res. S.R.T. N° 635/2008	Notificación de Dictamen en Firme a la ART/EA	09/02/2024
Trabajador CUIL: 20373076903, 27263491578	V.E. - Res. S.R.T. N° 82/2020	Notif.de Dictamen firme al Patrocinante/Trabajador	09/02/2024
Trabajador CUIT Letrado: 27263491578	Domicilio Electrónico Constituido - Res. S.R.T. N° 22/2018	Notif.de Dictamen firme al Patrocinante/Trabajador	09/02/2024

Total Consulta:

3

Las notificaciones cursadas bajo la resolución SRT N° 82/2020 se enviarán a la V.E. de quién se encuentre registrado, para el caso de trabajador damnificado, derechohabiente o Letrado Patrocinante/Apoderado en las presentes actuaciones, en la plataforma de eServicios SRT.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

SOLICITUD DE ARCHIVO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 09/02/2024

Ref.: Expediente SRT N° 425666/23

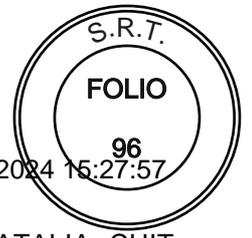
Habiendo finalizado la gestión del expediente de referencia, Archívese.



Ortiz, Mariano
Subgerencia Médica

VERSION DIGITAL

VERSION DIGITAL



VERSION DIGITAL

Por medio de la presente se deja constancia que en el día de la fecha el Dr./Dra. JUAREZ NATALIA, CUIT 27263491578, ha tomado VISTA de la totalidad de los actuados en el Expediente Electrónico SRT N° 425666/23 hasta el día de la fecha, en conformidad con lo dispuesto por la Ley de Procedimiento Administrativo N° 19.549 y su Decreto Reglamentario N° 1759/1972. CONSTE.

VERSION DIGITAL

DATOS DEL EMPLEADO

CUIL:20373076903 Nombre y Apellido:PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO
F. Nacimiento:30/07/1993 Sexo:M - Masculino
Nro.Documento:96 - 0037307690 Nacionalidad:
Dirección:CASA 19 - SAN FDO DEL VAL - CATAMARCA

HISTORIAL DE UN CUIL RESPECTO A ACCIDENTES

Nro Accidente:22080401202205433800 - Fecha Accidente:16/07/2022

Nombre: PARODI ORDOÑEZ JONAS IGNACIO CUIL: 20373076903
Empleador: 20080423897 - MOGETTA GUIDO DAVID ART: 00051 - PROVINCIA
Tipo de Accidente: I - In Itinere Tipo de Registro: CB - Con Baja
Fecha Alta Médica: 17/08/2023 F.Finalización:17/08/2023
Forma Accidente: 101 - Caídas de personas con desnivelación por caídas desde alturas (árboles, edificios, andamios, escaleras, máquinas de trabajo, vehículos) Días ILT:397

1ºDiagnóstico
Diagnóstico: S623 - Fractura de otros huesos metacarpianos
Lesión: 07 - Contusiones
Zona del Cuerpo: 202 - Miembros Superiores e Inferiores

Denuncia en Registro Operativo de Auditoría Médica (ROAM)

DENUNCIA NRO.:20063/2022 Fecha Recepción: 25/10/2022

Documento:0037307690 Trabajador:PARODI, ORDOÑEZ JONAS I Fecha Nacimiento:30/07/1993
Sexo:MASCULINO Actividad:SE DESCONOCE - SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA - CATAMARCA ART:PROVINCIA
Fecha Accidente:16/07/2022 Domicilio Accidente:VALLE DE CATAMARCA - CATAMARCA CP Accidente:
Prestador:SANATORIO PASTEUR S.A. Fecha de Atención:20/07/2022 Responsable:Dibella Fuentes Luis Daniel
Patología:Fracturas cerradas de miembros inferiores o superiores (con internación o con internación y cirugía inmediata al accidente o programada como consecuencia de la lesión inicial) Estado:4 Tipo de Accidente:In Itinere

EXPEDIENTES SRT

La información impresa tiene el correspondiente respaldo en las bases de datos de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Nº Expdte.	Fecha Inicio	Motivo	Ubicación Actual
440540/22	25/10/2022	Pie de Cama	Dpto. de Control y Seguimiento de Prestaciones en Especie - Archivos
198161/23	04/05/2023	Reclamo	Dpto. de Control y Seguimiento de Prestaciones en Especie - Agregados
387274/23	22/08/2023	Cálculo Anticipado	Dpto. de Control de Prestaciones Dinerarias -Archivos
425666/23	11/09/2023	Determinación de la Incapacidad	Subgerencia Médica -Archivos

EXPEDIENTES LABORALES GENERADOS EN LAS OHV Y LAS CM

Expediente Nro: 425666/23	Incapacidad: 45.47%
Motivo del Expediente: Determinación de la Incapacidad	Dictaminado por CM: CATAMARCA
Fecha Ultimo Dictamen: 18/01/2024	Carácter de Incapacidad: DEFINITIVO
Tipo de Incapacidad: PERMANENTE	Grado de Incapacidad: Parcial
Estado Actual: Archivado	Homologa: -
Nro Siniestro Original: -	Fecha Siniestro Original: 16/07/2022

* Referencia: Datos de los Expdtes. de los distintos Aplicativos de la SRT cargados por médicos y administrativos intervinientes en la tramitación de los mismos.
 Ref.: NC% = No Corresponde Indicar Porcentaje (%)

CONTESTACION OFICIO JUDICIAL - INGRESO SRT N° 1948020/2024.

Cabrera, Sandra <SCabrera@srt.gob.ar>

Jue 12/09/2024 09:55

Para: Juzgado Laboral Nro. 3 <JuzLaboral3@juscataamarca.gob.ar>

 2 archivos adjuntos (827 KB)

1948020-2024-NOTA.pdf; 1948020-2024-INGRESO.pdf;

Se remite respuesta al oficio oportunamente librado en los autos que tramitan ante el Juzgado a vuestro cargo.
Saluda atentamente

SANDRA CABRERA

Dpto. de Asuntos Penales y Prevención del Fraude

SCabrera@srt.gob.ar

Tel. (011) 43213500 Int. 1225

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Esta dirección de correo electrónico es de propiedad exclusiva de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. El mensaje está dirigido únicamente a su destinatario -quien no podrá utilizarlo inapropiadamente en su interés-, ni ser utilizado por terceros en forma no autorizada expresamente por el emisor so pena de incurrir en los delitos previstos en los artículos 153 a 157 del Código Penal Argentino. Si usted ha recibido este e-mail por error, por favor comuníquelo inmediatamente vía e-mail respondiendo al remitente y elimínelo definitivamente.
Todas las opiniones contenidas en este mail, que excedan la información oficialmente reconocida por el Organismo, son propias del autor del mensaje. La Superintendencia de Riesgos del Trabajo no asumirá responsabilidad ni obligación legal alguna por cualquier información incorrecta o alterada contenida en este mensaje.



*Ministerio de Capital Humano
Superintendencia de Riesgos del Trabajo*

"AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA,
LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD"



Buenos Aires, 9 de septiembre de 2024
Nota D.A.P. y P.F. N° 98010/24
Ref: Ingreso N° 1948020/2024

Señor Juez del
Juzgado Laboral de 1° Instancia y 4° Nominación San Fernando del Valle de Catamarca
Maipú 225
CATAMARCA

S / D

Autos caratulados NATALIA JUAREZ C/PROVINCIA ASEGURADORA DE RIESGO DE
TRABAJO S.A. S/REGULACION DE HONORARIOS

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el objeto de dar respuesta al oficio
oportunamente librado en los autos que tramitan ante el Juzgado a vuestro cargo.

Se informa que el presente Oficio Judicial se respondió en el Oficio Judicial
INGRESO SRT N 1948422/2024, Vía Correo Electrónico.

JuzLaboral3@juscamarca.gob.ar

Saludo a Ud. atentamente.

S C

PABLO JAVIER TELLE
Abogado C.P.A.C.F T°146 F°766
Subgerencia de Asuntos Contenciosos y Prevención del Fraude

OTRO SI DIGO:

Atención:

A los fines de producir una pronta y eficaz respuesta a los oficios judiciales, se sugiere incluir en el Oficio la siguiente información:

- Número de CUIT/CUIL (Empleador y Trabajador)
- Dirección del correo electrónico perteneciente al letrado peticionante y número de Teléfono.
- En caso de reclamo, indicar siempre el número de ingreso de la diligencia a la SRT (figura en el cargo de la recepción).
- Dirección del correo electrónico perteneciente al Juzgado o tribunal. (si opta por recibir la respuesta del oficio por esta vía).**

Gracias por vuestra atención y cooperación.

Poder
Judicial
Catamarca

PODER JUDICIAL DE LA PROVINCIA DE CATAMARCA

L

FUERO LABORAL

Oficio

Número Notificación: 250428

Expediente N°: EXP-84/2024

Juez/a: Dra. Maria Constanza Teme

Secretario/a: Dra. Karina Vanessa CARABUS, Stephanie Alejandra LARCHER BOTTURI, Agustina SILVA MOLINA

Domicilio del Organismo: Calle Maipu N°225

Destinatario/a: Comision Medica Jurisdiccional N°024 - Catamarca

Domicilio: Calle Padre Ramón de la Quintana N°69

Tipo domicilio:

Carácter: NORMAL

Fuero:FUERO LABORAL

Expediente:EXP-84/2024-0

CUJ: J-03-00015112-1/2024-0

Carátula expediente: JUAREZ, NATALIA C/ PROVINCIA ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A. S/ REGULACIÓN DE HONORARIOS

Adjuntos:

Notif. Pers.:

Aviso Ley:

Bajo Resp. de la Parte:

Con habilitación, día y hora:

Observaciones:

JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA DEL TRABAJO 3° NOMINACION

En los autos del epígrafe que se tramitan por ante este JUZGADO DEL TRABAJO DE PRIMERA INSTANCIA Y TERCERA NOMINACIÓN, sito en calle MAIPU N° 225, a cargo de la Dra. MARIA CONSTANZA TEMA, Secretaría a cargo de las Dras. Dra. Karina Vanessa CARABUS, Dra. Stephanie Alejandra LARCHER BOTTURI y Dra. Agustina SILVA MOLINA, se ha dispuesto oficiar a Ud. a efectos de solicitarle tenga a bien remitir a este Juzgado: Copia autenticada del total de las actuaciones administrativas a nombre del trabajador, Sr. Jonás Ignacio Parodi Ordoñez, DNI Nro. 37.307.690, C.U.I.L. 20-37307690-3, y con relación al accidente de trabajo de fecha 16/07/2022, adjuntando todos los estudios médicos, dictámenes realizados y todas las actuaciones labradas como consecuencia del mencionado siniestro. En particular, remita copia certificada de EXPTE. SRT Nro. 425666/23 Determinación de Incapacidad.-

Para mayor recaudo se transcribe la parte pertinente del proveído que ordena la medida:" Número: -50475/2024-JUZGLAB03. San Fernando del Valle de Catamarca, 01 de Julio de 2024(...) como lo solicita la parte, a los fines de poder dilucidar la cuestión planteada, líbrese oficio a la Comisión Médica de Catamarca n.º 24, en el plazo de cinco

INGRESO SRT NRO 1948020/2024

CANCIÓN DE HOJAS; 4
02/09/2024 11:35:51
Abrese oficio al Banco de la Nación Argentina, al Banco Santander Río, y al Correo Argentino, a fin de que informen lo requerido por la parte (pág. 14 del escrito de demanda). "Fdo. Dra. MARIA

CONSTANZA TEME - JUEZA.

Diligenciará el presente el Dr. Marcelo Alejandro Zalazar MP N°2635, Dra Itati Mendoza Losito MP N° 2646 y/o la persona que designen con todas las facultades de ley.-

Saludo a Ud. muy atte.

Ciudad de Catamarca; 23 de agosto de 2024

Queda Ud. notificado

Fdo Zalazar, Marcelo Alejandro

VERSION DIGITAL

VERSION DIGITAL

VERSION DIGITAL



LARCHER BOTTURI Stephanie
Alejandra
SECRETARIO/A
JUJGLAB03
Cuij J 03-00015112-1 2024/0
EXP 84/2024
CEDOFI 250428/2024
Fec: Firma 27/08/2024

VERSION DIGITAL

Datos de Contacto del Remitente

CUIL: 20230247901

Nombre y Apellido: ZALAZAR MARCELO ALEJANDRO

Teléfono Fijo: (0383)4029995

Teléfono Celular: (0383)154029995

Email: zalazar_marcelo@hotmail.com

VERSION DIGITAL