



EXPEDIENTE SRT N°: 006827/20

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

RECHAZO DE LA CONTINGENCIA LEY 27348

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

Fecha de Inicio: 08/01/2020

CUIL Damnificado: 20133381563 - ALVAREZ PABLO OSCAR

ART: 00272 - GALENO

CUIT Empleador: 33564217129 - DI BACCO Y CIA S A

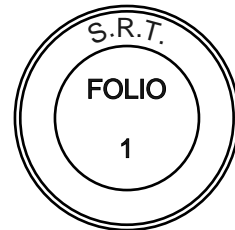
Plazo:



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:** 6827/20**Tipo de Trámite CM:** Rechazo de la Contingencia Ley 27348**Iniciado en:** 001 - TUCUMAN**Damnificado****CUIL:** 20133381563**Tipo y Nro. Documento:** DOCUMENTO UNICO - 13338156**Apellido Nombre:** ALVAREZ PABLO OSCAR**Fecha Nacimiento:** 30/06/1957**Dirección Electrónica:** -**Sexo:** M**Teléfono Fijo:****Celular:** (0381)155249739**Celular Contacto:** -**Domicilio Notificación:** A ROUGUES 820 B°
SAN CARLOS - TUCUMAN - SAN MIGUEL DE
TUCUMAN - CP: 4000**Solicitante:** Damnificado**Domicilios****Accidente-ART-Empleador****Fecha Accidente/PMI:** 25/09/2019**Tipo Accidente:** Enfermedad Profesional**Intercurrencia:** -**Es una Enfermedad No Listada:** -**Nro Accidente:** 2400243201900937500**CUIT Ocurrencia:** 33564217129 - DI BACCO Y
CIA S A**ART/EA:** 00272 - GALENO**Empleador:** 33564217129 - DI BACCO Y CIA S A**CIU Principal del Contrato:** 259200 - Tratamiento y revestimiento de metales y trabajos de metales en general**Patrocinante****Gratuito:** No**CUIL:** 20220734561**Tipo y Nro. de Documento:** DOCUMENTO UNICO- 0022073456**Apellido y Nombre:** GONZALEZ MANUEL ANTONIO**Celular:** (0381)154478527**Matricula:** 5602**Domicilio:** bs as 710 - TUCUMAN - SAN MIGUEL DE TUCUMAN - CP: 4000**Dirección Electrónica:****Otros Datos**



Fecha de Rechazo: 18/10/2019

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

Observaciones: *

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / Surname
GONZALEZ

Nombre / Name
MANUEL ANTONIO

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
28 MAR / MAR 1971

Fecha de emisión / Date of issue
31 MAR / MAR 2011

Fecha de vencimiento / Date of expiry
31 MAR / MAR 2029

Documento / Document

22.073.456

Trámite N° / Of. ident.
00256293566
8130



COLEGIO DE ABOGADOS DE TUCUMAN
CREDENCIAL DE ABOGADO



GONZALEZ

MANUEL ANTONIO

Es Abogado ACTIVO

Mat. N°: 5602 Libro: L Folios: 98

M.I. N°: 22.073.456



Dr. Jorge El Ponce Ponce
Prosecretario

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

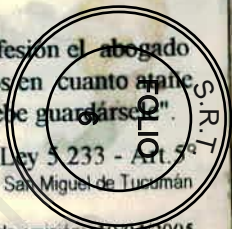


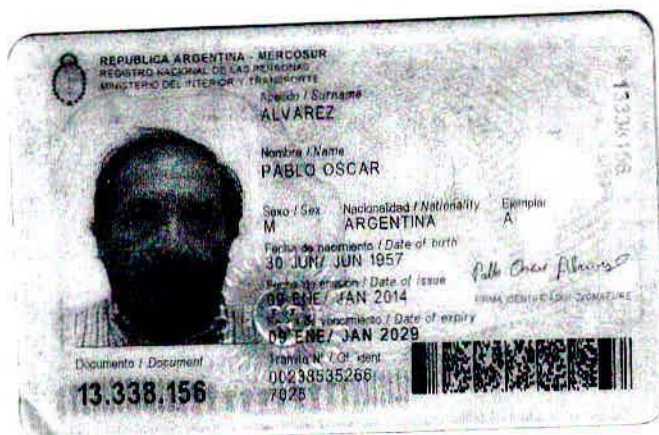
"En el desempeño de su profesión el abogado será asimilado a los magistrados en cuanto a su rango al respeto y consideración que debe guardarse".

Ley 5.233 - Art. 8º

San Miguel de Tucumán

Fecha de emisión: 19/04/2005





SRTSuperintendencia
de Riesgos del Trabajo

FOLIO

8

Carta Poder

Quien suscribe

Apellido y Nombres

Tipo y N° de documento

Sexo

F

M

Domicilio

CP

Correo electrónico

Teléfono

Otorga poder para tramitar ante las Comisiones Médicas a

Apellido y Nombres

Tipo y N° de Documento

Parentesco

Profesional - Matrícula

Domicilio

CP

Correo electrónico

Teléfono

MANUEL ANTONIO GONZALEZ

M.P. 5602 - L.L. - F.98

M.F.T. 98 - F.795

Firma Apoderado

Firma del Poderdante

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.

29 OCT 2019

Lugar y Fecha

Firma y sello Funcionario Certificante

CORREO
ARGENTINO

CARTA DOCUMENTO

REMITENTE

DESTINATARIO

OBLIGADO
DE ENTREGAR

FRANQUEO A PAGAR

S.R.T.

FOLIO

CUENTA NRO.

12578

9

GALENO ASEGURADORA DE RIESGOS DE

E CD014381255

CD014381255

PABLO OSCAR

DOMICILIO
AV. RIVADAVIA 780

TO ROUGUES 820 0 0

CÓDIGO POSTAL
C1002AAS

LOCALIDAD
CAPITAL FEDERAL

PROVINCIA
BUENOS AIRES

CÓDIGO POSTAL
4000

LOCALIDAD
SAN MIGUEL DE TUCUMAN

PROVINCIA
TUCUMAN



2400243



100

Buenos Aires, 22/10/2019

Empleador : DI BACCO Y CIA SA

Trabajador : ALVAREZ PABLO OSCAR

CUIL : 20-13338156-3

DNI : DNI 13338156

Siniestro : 2400243 / 100

Fecha de Siniestro : 25/09/2019

Fecha de Denuncia de la Contingencia: 25/09/2019

De mi consideración :

Nos dirigimos a Uds, en relación al siniestro de referencia. Al respecto se informa que atento que la supuesta enfermedad profesional denunciada no se encuentra cubierta por el Art.6 de la Ley N° 24557 de Riesgos del Trabajo y normas complementarias, se ha procedido a su rechazo.

Fundamento del rechazo : De la evaluación médica efectuada por ésta ART a raíz de la contingencia denunciada, surge la ausencia de patología, por lo tanto no corresponde a Galeno ART otorgar prestación alguna en los términos de la Ley 24.557

En tal sentido no corresponde a Galeno Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., brindar prestación en especie ni dineraria alguna, motivo por el cual se ha sugerido al trabajador canalice la atención a través de su Cobertura Médica.

Se recuerda :

* que en caso de discrepancia con esta resolución el Trabajador podrá concurrir a la Comisión Médica más cercana a su domicilio, sita en SAN MARTIN Nro. 287 4000 SAN MIGUEL DE TUCUMAN TUCUMAN - Telefono 03814222987 07:00 a 14:00.

* que las acciones derivadas de esta ley prescriben a los dos años a contar de la fecha en que la prestación debió ser abonada o prestada y, en todo caso, a los dos años desde el cese de la relación laboral (Art.44 Ley 24557).

Ante cualquier consulta podrá comunicarse con nuestra línea telefónica sin cargo al 0800-333-0808 de Lunes a Viernes en el horario de 9 a 19 hs. o a la línea gratuita de la S.R.T. :0800-666-6778.

Saluda a Uds. muy atentamente.

Rosa Elizabeth Calandria
Gerenta de Siniestros
DNI 21.657.250



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Doble por aqui

CLIENTE CORPORATIVO

Doble por aqui

4010905110

Telegrama Ley N° 23.789**Más de 30 palabras****DESTINATARIO**

GALENO S.A ART.-

Apellido y nombre o razón social
ART.-Ramo o actividad principal
30-68522850-1.-N° C.U.I.T.
24 DE SEPTIEMBRE 732.- 4000.-Domicilio laboral
SAN MIGUEL DE TUCUMAN TUCUMAN.-Localidad
Provincia**REMITENTE**

ALVAREZ PABLO OSCAR.-

Apellido y nombre
CUIL:20-13338156-3.-DNI N° Fecha
A. ROUGUES 820 B° SAN CARLOS.- 4000.-Domicilio real Código Postal
SAN MIGUEL DE TUCUMAN.- TUCUMAN.-

Localidad Provincia

San Miguel de Tucuman, Tucuman.-

Me dirijo a uds a fines de comunicarle lo siguiente:

1).-Que trabajo en DI BACCO Y CIA S.A CUIT 33-56421712-9, categoria: OFICIAL, fecha de ingreso: 1/2/2008 .

2).-Que vengo por la presente a poner en conocimiento y denunciar la existencia de una enfermedad profesional HIPOACUSIA BILATERAL SEVERA inducida por ruido (ambiente laboral ruidoso), por lo que solicito provea los medios necesarios para que puedan atenderme los profesionales de la salud por ud designados a fin de corroborar la dolencia que me aqueja.-

3).- Por la presente hago reserva de que una vez otorgada el alta medica se me conceda audiencia o junta medica a los efectos de fijar incapacidad parcial, permanente o definitiva resultante del siniestro en cuestión.-

QUEDAN UDS DEBIDAMENTE NOTIFICADOS HE INTIMADOS BAJO APERCIBIMIENTO DE LEY.-



Pablo Oscar Alvarez
Pablo Oscar Alvarez
13338156

Firma, aclaración y DNI del remitente

1 - Comunicación de renuncia ☐2 - Comunicación de ausencia ☐3 - Otro tipo de comunicación ☒

En caso de comunicaciones efectuadas a organismos previsionales o de seguros sociales, se consignará el nombre legal.



MTSS Ministerio de Trabajo y Seguridad Social





Ministerio de Producción y Trabajo
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

S.R.T.

FOLIO

11

REQUISITOS COMPLEMENTARIOS

CONTINGENCIA DENUNCIADA COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL

29 OCT 2019

..... de de 2019

(*) DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre del Trabajador:

Alvarez Pablo Oscar

C.U.I.L. N°

20-13338156-3

Fecha de Nacimiento:

30 / 06 / 1957

Sexo: M



F



(*) DATOS DEL EMPLEADOR

(*) Nombre del Empleado:

DI BACCIO Y CIA

(*) C.U.I.T. N°

33-56421712-9

(*) Teléfono de contacto del Empleado:

(*) E-Mail de contacto del Empleado:

Domicilio legal del Empleado:

Calle:

Ruta N° 9, Km 1298 - Gs Poetas

Nro.:

Piso:

Depto:

Localidad:

Tapi Vieja

CP:

4101

Provincia:

Tucuman

(*) Domicilio del establecimiento donde desempeña/ba:

(*) Calle:

Ruta N° 9, Km 1298 - Gs Poetas

(*) Nro.:

(*) Piso:

(*) Depto:

(*) Localidad:

Tapi Vieja

(*) CP:

4101

(*) Provincia:

Tucuman

DATOS RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD LABORAL

(*) Enfermedad denunciada como de índole Profesional/Laboral:

Hipoacusia bilateral Severa

(*) Fecha de toma de conocimiento/diagnóstico de la Enfermedad denunciada:

(*) Antigüedad en la Empresa (años/meses):

12 años (diecisiete)

(*) Antigüedad en el Puesto/Sector de trabajo (años/meses):

12 años (diecisiete)

Nombre del Puesto/Sector de trabajo:

Operario Multiple

(*) Jornada Laboral:

■ cantidad de horas semanales:

45 Hs. semanales

■ cantidad de días trabajados a la semana:

5 días

Conoce si está expuesto a un agente de riesgo (señale con una cruz):

SI



NO



Agente/s de riesgo invocado/s:

Ruido

(*) Utiliza Elementos de Protección Personal (señale con una cruz):

SI



NO



En caso afirmativo, indique cuales:

Auriculares, guantes, Ropa
botines, anteojos.

(*) Descripción de las tareas realizadas:

Operario Multiple

(*) alguna vez lo cambiaron de puesto de trabajo:

SI



NO



☐ Espondiloartrosis lumbar:

Conduce/conducía vehículos de transporte urbano o interurbano de pasajeros:

NO ☒ SI ☐

Conduce/conducía maquinaria agrícola:

NO ☒ SI ☐

En caso Afirmativo, indique cuáles:

Conduce/conducía maquinaria pesada del tipo vehículos viales o maquinaria de construcción: retroexcavadoras, palas, aplanadoras, etc.:

NO ☒ SI ☐

En caso Afirmativo, indique cuáles:

☐ Hernia lumbar:

Realiza/ba Levantamiento Manual de Cargas:

NO ☒ SI ☐

En caso afirmativo, levanta/ba más de 25 Kg.

NO ☒ SI ☐Indique peso aproximado de los objetos manipulados en Kilogramos:
..... Kilogramos.Indique la cantidad de levantamientos aproximados por hora/jornada:
.....
levantamientos.☐ Várices

(primitivas bilaterales)

Camina/ba menos de 100 metros por hora, durante por lo menos 3 hs.
seguidas en la jornada:NO ☒ SI ☐Permanece/permanecía estático (sin caminar) por lo menos 2 hs seguidas
en la jornada:NO ☒ SI ☐

(*) En caso afirmativo, detalle que tareas realizaba:.....

.....

.....

.....

(*) En la actualidad continúa trabajando para el empleador mencionado anteriormente: SI ☒ NO ☐

(*) En caso negativo, señale el motivo del caso laboral:

Licencia Médica ☐ Despido ☐ Suspensión de Tareas ☐

(*) Por la Enfermedad denunciada a la ART/EA, realizó algún tratamiento médico SI ☐ NO ☒

(*) En caso afirmativo, detalle el tratamiento médico que realizaba:

.....

.....

.....

(*) En caso de que la Enfermedad denunciada a la A.R.T./E.A. como de índole laboral sea alguna de las siguientes, complete la totalidad de los campos que a continuación se detallan:

☐ Disfonía:

Se desempeña/ba como docente:

NO ☒ SI ☐

En caso afirmativo, tiene actividad frente al curso con una cantidad de horas igual o mayor a 18 hs cátedra o 13.5 hs reloj por semana al frente de uno o más cursos:

NO ☒ SI ☐

Es/era operador de Call Center:

NO ☒ SI ☐

En caso afirmativo, está/ba expuesto al uso de la voz más de 13, 5 hs reloj semanales

NO ☒ SI ☐



Otra (en caso de no ser ninguna de las anteriores), indique la Enfermedad:

Hipertensión arterial Severa

IMPORTANTE:

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

Ante la inconsistencia de los datos o ante la ilegibilidad de lo que fuera consignado por Ud. en el presente formulario se procederá al cierre y archivo de las actuaciones, debiendo ser iniciado un nuevo trámite médico una vez subsanada la irregularidad.

(*) Datos obligatorios.

Pablo Oscar Alvarez

[Firma y aclaración del trabajador damnificado]

Manuel Antonio Gonzalez

MANUEL ANTONIO GONZALEZ

ABOGADO

M.P. 5602 - L.L. - F:98

M.F.T.: 98 - F.798

[Firma y aclaración del Letrado Patrocinante]

Vicenta Suberville
Com. 101 - Tuc. S.R.T.

[Firma y aclaración del Funcionario SRT interviniente]



Ministerio de Producción y Trabajo
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

"2018 – Año del Centenario de la Reforma Universitaria"



Por medio de la presente, y en virtud de lo previsto en el art. 1° de la Ley 27.348, solicito la intervención de la Comisión Medica Nº 01 Delegación Tucumán, la cual será competente en virtud de:

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

Domicilio: Albino Bonaguer 220

Localidad: San Miguel de Tucumán Provincia: Tucumán

Albino Bonaguer
Firma y Aclaración del Damnificado/Apoderado

Manuel Antonio Gonzalez
MANUEL ANTONIO GONZALEZ
ABOGADO
M.P. 5602 - L.L. - F.98
M.E.T. 98 - F.796
Firma y Aclaración del Patrocinio Letrado

**SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO
INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL TRÁMITE EN COMISIONES MÉDICAS**

Sr. Trabajador:

*Por medio de la presente le acercamos la información necesaria para ejercer **derechos** y cumplir las **obligaciones** relativas al trámite ante las Comisiones Médicas.*

NOTIFICACIONES

Si no pudiera notificarse en persona, será notificado por correo al domicilio que denuncie al inicio del trámite o al domicilio de su apoderado.

IMPOSIBILIDAD DE NOTIFICACIÓN POSTAL

Si Ud. no recibiera el dictamen emitido por la Comisión Médica en un plazo de SESENTA días corridos contados desde la celebración de la audiencia médica, deberá comunicarse telefónicamente al 0800-666-6778 de lunes a viernes de 8 a 19 horas, donde le informará el estado de su trámite y en caso de haberse dictaminado, deberá presentarse en la Comisión Médica a fin de notificarse fehacientemente del dictamen.

DEVOLUCIÓN DE ESTUDIOS Y CONSTANCIAS MÉDICAS

Si Ud. aportará estudios y/o constancias médicas durante el trámite en Comisiones Médicas deberá retirarlos en un plazo que no podrá exceder los CUARENTA (40) días corridos contados desde la notificación del referido dictamen, siempre que el trámite se encuentre en estado de firme. A fin de resguardar la confidencialidad de la información allí contenida, secreto profesional, dicha documentación solo podrá ser retirada por Ud. o su apoderado. En caso de no presentarse en el plazo señalado, se procederá a la remisión de la documentación al archivo externo de esta Superintendencia, donde será almacenada por un plazo de 10 años.

IMPOSIBILIDAD DE DICTAMINAR

Si Ud. no cumpliera en aportar la documentación solicitada por la Comisión Médica o no presentara a realizarse los estudios médicos requeridos y como consecuencia de ello, no fuera posible emitir dictamen, se procederá a la caducidad y archivo de su trámite.

APELACIÓN

El dictamen emitido por la Comisión Médica puede ser apelado dentro de los CINCO (5) días corridos de haber sido notificado. Para ello, en oportunidad de plantear la apelación, deberá indicar 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. Usted 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.

Firma: Pablo Oscar Alvarez
Aclaración: Pablo Oscar Alvarez
DNI: 13333156
Fecha: 28-10-2019



Sres. ART/EA: Se solicita que hasta el 15/01/2020 inclusive, envíe por Ventanilla Electrónica la documentación del siniestro de referencia, según lo reglamentado en la normativa vigente.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



Requerimiento Resol. SRT 179/2015
"Rechazo de la Contingencia"

■ Fecha:	15/01/2020
■ Expte S.R.T.:	6827/20
■ Apellido y Nombres:	ALVAREZ, PABLO OSCAR
■ N° de CUIL/ CUIT:	20-13338156-3
■ Número de Caso:	2400243

Señores SRT.

En respuesta al requerimiento de la referencia, informamos:

1. Fecha de denuncia de la contingencia: 25/09/2019. **Se adjunta.**
2. Reseña de la Historia Clínica: **Se adjunta Seguimiento Médico Administrativo.**
3. Estudios complementarios: **Audiometrias.**
4. Acreditación de la notificación fehaciente al empleador y al trabajador del rechazo debidamente fundamentado, como así también de la notificación de la suspensión de plazos (en caso de haberse efectuada), a través de la remisión del acuse de recibo. **Ver documentación adjunta.**
5. Fundamento de rechazo: **De la evaluación médica efectuada por ésta ART a raíz de la contingencia denunciada, surge la ausencia de patología, por lo tanto no corresponde a Galeno ART otorgar prestación alguna en los términos de la Ley 24.557.**
6. Documentación adicional: **Exámenes – Cymat – RAR.**

Benincasa Emiliano Martin

Galeno ART

Tel: (011) 5680-1610

E-mail: benincasae@galenoart.com.ar

Telegrama Ley N° 23.789

Más de 30 palabras

DESTINATARIO

GALENO S.A ART.-

Apellido y nombre o razón social
ART.-

Ramo o actividad principal
30-68522850-1.-

N° C.U.I.T.
24 DE SEPTIEMBRE 732.- 4000.-

Domicilio laboral
SAN MIGUEL DE TUCUMAN TUCUMAN.-

Localidad Provincia

San Miguel de Tucuman, Tucuman.-

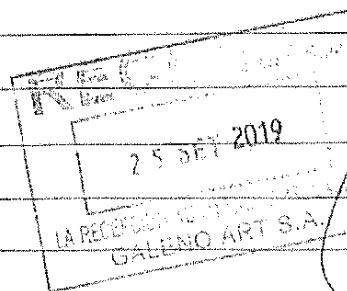
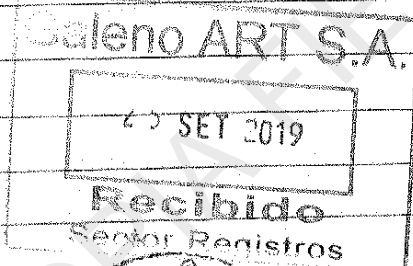
Me dirijo a uds a fines de comunicarle lo siguiente:

1).-Que trabajo en DI BACCO Y CIA S.A CUIT 33-56421712-9, categoria: OFICIAL, fecha de ingreso: 1/2/2008.

2).-Que vengo por la presente a poner en conocimiento y denunciar la existencia de una enfermedad profesional HIPOACUSIA BILATERAL SEVERA inducida por ruido (ambiente laboral ruidoso), por lo que solicito provea los medios necesarios para que puedan atenderme los profesionales de la salud por ud designados a fin de corroborar la dolencia que me aqueja.

3).-Por la presente hago reserva de que una vez otorgada el alta medica se me conceda audiencia o junta medica a los efectos de fijar incapacidad parcial, permanente o definitiva resultante del siniestro en cuestión.

QUEDAN UDS DEBIDAMENTE NOTIFICADOS HE INTIMADOS BAJO APERCIBIMIENTO DE LEY.-



Pablo Oscar Alvarez
Pablo Oscar Alvarez
DNI 13338156 -

Firma, aclaración y DNI del remitente

1 - Comunicación de renuncia ☐

2 - Comunicación de ausentía ☒

3 - Otro tipo de comunicación ☐

En caso de comunicaciones efectuadas a organismos previsionales u obras sociales, consignará su domicilio legal.

BLOCK HORARIO 2

MTSS Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

INGRESO SRT NRO 56494/2020
CANTIDAD DE HORAS 40
15/01/2020 14:48:55

CORREO
ARGENTINO



Rechazo06
19

CÓDIGO DE ENVÍO

FRANQUEO A PAGAR

CUENTA NRO.

12578

DEVOLVER A CTP. - BUE
SECTOR CARTA DOCUMENTO

A.R. - CARTA DOCUMENTO

REMITENTE

(Troquel T&T)

DESTINATARIO

GALENO ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

ALVAREZ PABLO OSCAR

DOMICILIO

DOMICILIO

DEVOLVER A CTP-BUE SECTOR CARTA

ALBERTO ROUGUES 820 0 0

CÓDIGO POSTAL

CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD

PROVINCIA

B1842ZAC

MONTE GRANDE

PROVINCIA

4000

SAN MIGUEL DE TUCUMAN

TUCUMAN

RECIBI CONFORME EL ENVÍO REFERENTE A ESTE AVISO

FECHA

FIRMA DEL DESTINATARIO

HCRA

ACLAARACIÓN FIRMA DESTINATARIO

FIRMA EMPLEADO QUE ENTREGA Y N° DE LEGAJA

SELLO
OFICINA
DESTINO



1922829

SELLO
OFICINA
ORIGEN

2400243

100

CORREO
ARGENTINO

OBLE SUJETO
DE ENTREGA

FRANQUEO A PAGAR

CARTA DOCUMENTO

REMITENTE

DESTINATARIO

CUENTA NRO.

12578

GALENO ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

ALVAREZ PABLO OSCAR

DOMICILIO

DOMICILIO

AV. RIVADAVIA 780

ALBERTO ROUGUES 820 0 0

CÓDIGO POSTAL

CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD

PROVINCIA

C1002AAS

CAPITAL FEDERAL

BUENOS AIRES

4000

SAN MIGUEL DE TUCUMAN

TUCUMAN

2400243

100

Buenos Aires, 22/10/2019

Empleador: DI BACCO Y CIA SA

Trabajador: ALVAREZ PABLO OSCAR

CUIL: 20-13338156-3

DNI: DNI 13338156

Siniestro: 2400243 / 100

Fecha de Siniestro: 25/09/2019

Fecha de Denuncia de la Contingencia: 25/09/2019

De mi consideración:

Nos dirigimos a Uds. en relación al siniestro de referencia. Al respecto se informa que atento que la supuesta enfermedad profesional denunciada no se encuentra cubierta por el Art. 6° de la Ley N° 24557 de Riesgos del Trabajo y normas complementarias, se ha procedido a su rechazo. Fundamento del rechazo: De la evaluación médica efectuada por esta ART a raíz de la contingencia denunciada, surge la ausencia de patología, por lo tanto no corresponde a Galeno ART otorgar prestación alguna en los términos de la Ley 24.557. En tal sentido no corresponde a Galeno Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A., brindar prestación en especie ni dineraria alguna, motivo por el cual se ha sugerido al trabajador canalice la atención a través de su Cobertura Médica. Se recuerda que en caso de discrepancia con esta resolución el Trabajador podrá concurrir a la Comisión Médica más cercana a su domicilio, sita en SAN MARTIN Nro. 287/4000 SAN MIGUEL DE TUCUMAN TUCUMAN - Telefono 03814222987 07:00 a 14:00. 24 OCT 2019 que las acciones derivadas de esta ley prescriben a los dos años a contar de la fecha en que la prestación debió ser abonada o prestada y, en todo caso, a los dos años desde el cese de la relación laboral (Art. 44 Ley 24557). Ante cualquier consulta podrá comunicarse con nuestra línea telefónica al cargo al 0800-333-0808 de Lunes a Viernes en el horario de 9 a 19 hs. o a la línea gratuita de la S.R.T. 0800-666-6778. Saluda a Uds. muy atentamente.

Rosa Elizabeth Calandria
Gerente de Siniestros
DNI 21.657.258



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

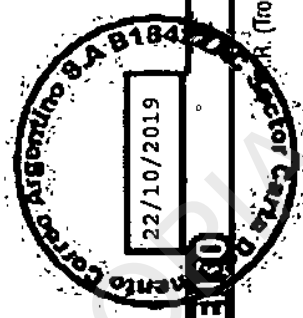
S.R.T.

FOLIO

21

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

DEVOLVER A C.T.P. - BUE
SECTOR CARTA DOCUMENTO



CORREO
ARGENTINO

AIR-CARTA DOCUMENTO

Rechazo 06
19

FRANQUEO A PAGAR 47833752	CÓDIGO DE ENVÍO 19
CURRÉNTA NRO. 12578	

REMITENTE

GALENO ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

DESTINATARIO

ALVAREZ PABLO OSCAR

DOMICILIO	ALBERTO ROUGUES 820 0 0
CÓDIGO POSTAL	4000
LOCALIDAD	SAN MIGUEL DE TUCUMAN
PROVINCIA	TUCUMAN

DEVOLVER A C.T.P. - BUE SE A	CD014361255
DOCUMENTO	
CÓDIGO POSTAL	B1842ZAC
LOCALIDAD	MONTE GRAN

RECIBI CONFORME EL ENVÍO REFERENTE A ESTE AVISO

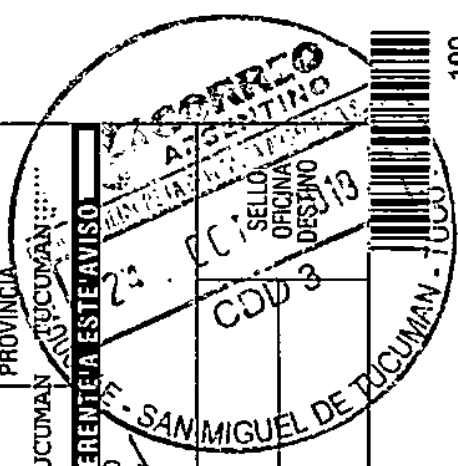
FECHA 24/10/2019

HORA 10:10

DECLARACIÓN FIRMA DESTINATARIO

FIRMA EMPLEADO QUE ENTREGA Y N° DE LEGAJO

SELLO OFICINA ORIGEN



1922829



2400243

100

INGRESO SRT N° 0056491/2020
CANTIDAD DE HOJAS: 40
15/01/2020 14:48

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

DEVOLVER A CTP-BUE
SECTOR CARTA DOCUMENTO

CORREO ARGENTINO		01/10/2019		NOTITRDEEP		CÓDIGO DE CLIENTE	
A/R CARTA DOCUMENTO		25/28				FRANQUEO A PAGAR	
REMITENTE		ALVAREZ PABLO OSCAR		DESTINATARIO		CUENTA NRO. 12578	
GALENO ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.				ALVAREZ PABLO OSCAR			
DOMICILIO DEVOLVER A CTP-BUE SECTOR CARTA				DOMICILIO			
DOCUMENTO				ALBERTO ROUGUES 820 0 0			
CÓDIGO POSTAL		LOCALIDAD		PROVINCIA		CÓDIGO POSTAL	
B1842ZAC		MONTE GRANDE		TUCUMAN		4000	
LOCALIDAD				PROVINCIA			
SAN MIGUEL DE TUCUMAN				TUCUMAN			
RECIBI CONFORME EL ENVIO REFERENTE A ESTE AVISO							
FECHA		HORA		FIRMA DEL DESTINATARIO			
25/09/2019		14:48					
ACLAARACIÓN FIRMA DESTINATARIO				SELO OFICINA DESTINO			
FIRMA EMPLEADO QUE ENTREGA Y N° DE LEGAJA							
1915909				2400243			

S.R.T.
FOLIO
23

CORREO ARGENTINO		01/10/2019		NOTITRDEEP		CÓDIGO DE CLIENTE	
CARTA DOCUMENTO		25/28				FRANQUEO A PAGAR	
REMITENTE		ALVAREZ PABLO OSCAR		DESTINATARIO		CUENTA NRO. 12578	
GALENO ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.				ALVAREZ PABLO OSCAR			
DOMICILIO AV. RIVADAVIA 780				DOMICILIO			
ALBERTO ROUGUES 820 0 0				ALBERTO ROUGUES 820 0 0			
CÓDIGO POSTAL		LOCALIDAD		PROVINCIA		CÓDIGO POSTAL	
C1099AAB		CAPITAL FEDERAL		BUENOS AIRES		4000	
LOCALIDAD				PROVINCIA			
SAN MIGUEL DE TUCUMAN				TUCUMAN			

Ref. N° siniestro N° 2400243 (100)
Empresa DI BACCO Y CIA SA
C.U.I.T. 33-96421712-9
C.U.I.L. 20-13338156-3
DNI / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DNI 13338156
FECHA DE SINIESTRO: 25/09/2019 FECHA DE DENUNCIA: 25/09/2019
Sr. Trabajador:
De nuestra consideración:
Por medio de la presente ponemos en vuestro conocimiento que esta Aseguradora ha recibido una denuncia informándonos que Ud. podría presentar una enfermedad profesional conforme los términos de la Ley 24.557.
Con motivo de lo expresado, Galeno Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A. lo cita el próximo 07/10/2019 a las 09. en el dr. Khorashan sito en la calle 24 de septiembre 732 piso dpto. san miguel de tucuman tucuman donde deberá presentarse con la documentación médica relacionada con la patología denunciada, en caso de poseer algún estudio previo o resultado de interconsulta. En esa oportunidad, será evaluado y de ser necesario, continuará recibiendo las prestaciones en especie que correspondan por la contingencia denunciada.
Asimismo le recordamos, que en el caso de haber invocado un diagnóstico al momento de la denuncia y aún no haber acreditado el mismo de acuerdo a la Res. S.R.T. 9/2018, deberá presentar al momento de la consulta médica antes referida, certificado extendido por profesional médico competente, quien deberá precisar el diagnóstico invocado.
En caso de no concurrir, y según lo establecido en el inciso 2 del artículo 20 de la Ley N° 24.557, la Aseguradora podrá suspender las prestaciones dinerarias por negativa injustificada, a percibir las prestaciones en especie del inciso 1 del mismo artículo a Asistencia Médica y Farmacéutica, b) Prótesis y Ortopedia, c) Rehabilitación y d) Recalificación profesional, iniciando el procedimiento que corresponde por ante la Comisión Médica que le corresponda.
La Superintendencia de Riesgos del Trabajo informa: Sr. Trabajador, usted tiene la obligación de asistir a la citación que le hizo su A.R.T. de acuerdo a la Ley Nro. 24.557 y al Decreto Nro. 1475/2015. Le recordamos que deberá someterse al control que efectúa el facultativo designado por la Aseguradora tantas veces como razonablemente le sea requerido (art. 6 Dto. Nro. 717/1996).
Es importante que sea evaluado por un médico de su A.R.T. Esto es indispensable para iniciar un trámite ante las Comisiones Médicas.
Cuide su salud.
Le recordamos que el trámite es simple y gratuito, no es necesario un gestor o intermediario.
Las consultas médicas son de carácter privado y personal, por lo que deberá concurrir al turno de su Aseguradora, 45 minutos antes de la hora indicada para el mismo.
Asimismo le informamos que deberá remitirnos copia de su D.N.I. (anverso y reverso) y su dirección electrónica (e-mail) a donde recibirá notificaciones en referencias al trámite que se inicia.
Deberá remitir esta información a la casilla de correo electrónico: galenoart.com.ar indicando el N° de siniestro dentro de los CINCO (5) días hábiles de notificada la presente.
Ante cualquier consulta podrá comunicarse con nuestra línea telefónica sin cargo al 0800-13-0808 de lunes a viernes en el horario de 9 a 19 hs. o a través de nuestra línea gratuita de 155-8-11-0800-666-6788.
Finalmente, le notificamos que haremos uso de los días de propensión según la facultad que nos confiere el art. 1 de la Ley 1475/2015.
Saludamos a Ud. muy atentamente.

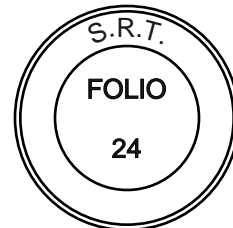
Doble por aquí

Doble por aquí

01/10/2019

Rose Elizabeth Calandria
Gerente de Siniestros
DNI: 21.657.250

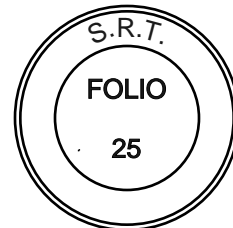
00004282035

[illegible]

INGRESO SRT NRO 56491/2020
CANTIDAD DE HORAS 40
15/01/2020 14:48:55

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

DEVOLVER A C.T.P. - BUE SECTOR CARTA DOCUMENTO		CORREO ARGENTINO		47833987	
22/10/2019		Rechazo05		CÓDIGO DE ENVÍO	
AIR - CARTA DOCUMENTO		10		FRANQUEO A PAGAR	
REMITENTE		DESTINATARIO		CUENTA NRO.	
GALENO ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.		DI BACCO Y CIA SA		12578	
DOMICILIO		DOMICILIO			
DEVOLVER A C.T.P.-BUE SECTOR CARTA		RN 9 1298 0 0			
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA
B1842ZAC	MONTE GRANDE		4101	LOS POCITOS	TUCUMAN
RECIBI CONFORME EL ENVÍO REFERENTE A ESTE AVISO					
FECHA		FIRMA DEL DESTINATARIO			
HORA					
ACLAARACIÓN FIRMA DESTINATARIO					
FIRMA EMPLEADO QUE ENTREGA Y N° DE LEGAJO		SELLO OFICINA DESTINO			
1922828		SELLO OFICINA ORIGEN			



CORREO ARGENTINO		FRANQUEO A PAGAR	
CARTA DOCUMENTO		CUENTA NRO.	
REMITENTE		DESTINATARIO	
GALENO ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.		DI BACCO Y CIA SA	
DOMICILIO		DOMICILIO	
AV. RIVADAVIA 780		RN 9 1298 0 0	
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
C1002AAS	CAPITAL FEDERAL	BUENOS AIRES	4101
			LOS POCITOS TUCUMAN

2400243 100

Buenos Aires, 22/10/2019

Empleador: DI BACCO Y CIA SA
Trabajador: ALVAREZ PABLO OSCAR
CUIL: 20-13338156-3
DNI: DNI 13338156
Sinistro: 2400243 100
Fecha de Sinistro: 25/09/2019
Fecha de Denuncia de la Contingencia: 25/09/2019

De mi consideración:

Nos dirigimos a Uds. en relación al siniestro de referencia. Al respecto se informa que atento que la supuesta enfermedad profesional denunciada no se encuentra cubierta por el Art. 6 de la Ley N° 24557 de Riesgos del Trabajo y normas complementarias, se ha procedido a su rechazo.

Fundamento del rechazo: De la evaluación médica efectuada por esta ART a raíz de la contingencia denunciada, surge la ausencia de patología, por lo tanto no corresponde a Galeño ART otorgar prestación alguna en los términos de la Ley 24.557.

En tal sentido no corresponde a Galeño Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A. brindar prestación en especie ni dineraria alguna, motivo por el cual se ha sugerido al trabajador canalice la atención a través de su Cobertura Médica.

Se recuerda que en caso de discrepancia con esta resolución el Trabajador podrá concurrir a la Comisión Médica más cercana a su domicilio, sita en SAN MARTIN Nro. 287/4000 SAN MIGUEL DE TUCUMAN TUCUMAN - Telefono 03814222987 07:00 a 14:00.

que las acciones derivadas de esta ley prescriben a los dos años a contar de la fecha en que la prestación debió ser abonada o prestada y, en todo caso, a los dos años desde el cese de la relación laboral (Art. 44 Ley 24557).

Ante cualquier consulta podrá comunicarse con nuestra línea telefónica sin cargo al 0800-333-0808 de Lunes a Viernes en el horario de 9 a 19 hs. o a la línea gratuita de la S.R.T. 0800-666-6776.

Saluda a Uds. muy atentamente.

CD014381114

CORREO ARGENTINO

Rosa Elizabeth Calandria
Gerente de Siniestros
DNI 21.657.258

22/10/2019

CLIENTE CORPORATIVO

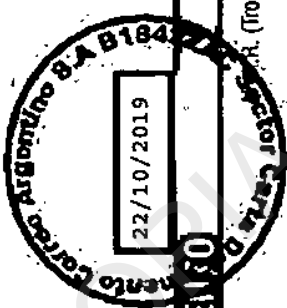
Doble por aquí

Doble por aquí



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

DEVOLVER A C.T.P. - BUE
SECTOR CARTA DOCUMENTO



CORREO
ARGENTINO

AIR CARTA DOCUMENTO

REMITENTE
GALENO ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

Rechazo05

19

DESTINATARIO

DOMICILIO
DEVOLVER A CTP-BUE SECTOR CARTA

CÓDIGO POSTAL
B18422AC

LOCALIDAD
MONTE GRANDE

PROVINCIA

DI BACCO Y CIA SA

DOMICILIO

RN 9 1298 0 0

CÓDIGO POSTAL
4101

LOCALIDAD
LOS POCITOS

PROVINCIA
TUCUMAN

RECIBI CONFORME EL ENVIO REFERENTE A ESTE AVISO

FECHA

HORA



1922828

ACLARACIÓN FIRMA DESTINATARIO

Alfonso Bacco
FIRMA EMPLEADO QUE ENTREGA Y N° DE LEGAJO

SE
OFICINA
DESTINO

CORREO
ARGENTINO

CÓDIGO DE ENVÍO
12578

FRANQUEO A PAGAR
47833736



2400243

100

GALENO ART

2018-01-02

CARÁTULA DIGITALIZACIÓN

S.R.T.


FOLIO

27

1 - Identificación del Afiliado

ALVAREZ PABLO OSCAR		
CUIL	Nro. Proceso	Nro. Caja
20-13338156-3	267132	

2 - Identificación documentación

Identificador único		Etiqueta		
20180102GEP21086				
Sucursal/Puesto	Preparador	Páginas	Tipo Lote	Enviar a:
CENTRAL	USR_GENREP		EX. PERIODICOS	
Descartar carátula:		Comentarios:		Tipo Doc: 3100
				



SIMLE.R

SERVICIO MEDICO INTEGRAL & LABORAL
ESTER D. RUBINO S.R.L.

LAS PIEDRAS 549 - SAN MIGUEL DE TUCUMAN

Teléfonos: (0381) 430 3306 - 421 0038 - 421 0028

e-mail: esterrubino@arnet.com.ar

Tipo de Exámen:

Ingreso ó Preocupacional: ☐

Periódico: ☒

Egreso: ☐

Otros: ☐

Clasificación General:

Normal (N): ☒

Inculpable (I): ☐

En Evaluación (E): ☐

Observado (A): ☐

S.R.T.

FOLIO

28

EXAMEN PERIODICO DE RIESGO

FECHA: 22/2/18

ART:

EMPRESA

Razón Social: Dr. Becco y Cia SA CUIT:

Domicilio: Localidad: C.P.:

TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Alucet Pehb

Domicilio: Boulogne 520 Localidad:

Provincia: Tucumán C.P.:

Fecha de Nacimiento: 30/6/57

Doc. L. E./C.L./DNI. Nº: 13338186

CUIL. Nº: 2013-3381563

Fecha de Ingreso en la Empresa: 08

Puesto de Trabajo: operario

Antigüedad en el Puesto: 10

TRABAJA EXPUESTO A:

- * Ruido ☐
- * Polvo ☐
- * Frío ☐
- * Calor ☐
- * Humedad ☐
- * Altura ☐
- * Radiac. Ionizantes ☐
- * Sustancias Químicas ☐

- * Profundidad ☐
- * Vibraciones
 - Segmentarias ☐
 - Cuerpo entero ☐
- * Gestos repetitivos
 - M. sup. ☐
 - M. inf. ☐
- * Sobrecarga de la voz ☐
- * Otras ☐

Observaciones:

ANTECEDENTES PERSONALES

1- Tuvo accidentes de trabajo anteriores?

Si ☐ No ☒

Describe:

Año:

Secuelas:

Describe:

Año:

Secuelas:

2 Tuvo ausentismo por enfermedades relacionadas con el trabajo?

Si ☐ No ☒

Describe:

3 - Síntomas que el trabajador atribuye a su trabajo:

4 - Padece problemas respiratorios? Desde cuando?

Si ☐ No ☒

Describe:

5 - Ha sido intervenido quirúrgicamente?

Si ☒ No ☐

Describe:

gusht. padele. (C. Odes)

Año:

Describe:

Amig. del

Año:

Describe:

Año:

Describe:

Año:

6 - Padece algún tipo de enfermedad Crónica? (Años de Diagnóstico)

Si ☒ No ☐

Describe:

M. T. I. A

Año:

7 - Toma algún tipo de medicación?

Si ☒ No ☐

Cuál?:

NO REC.

8 - Fuma?

Si ☐ No ☒

Cuántos por día?:

9 - Toma bebidas alcohólicas?

Si ☒ No ☐

Cuales?:

Ocasional

Frecuencia:

10 - Usa elementos de protección personal en su trabajo?

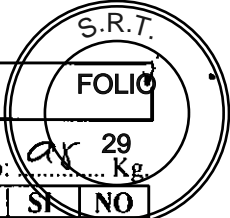
Si ☒ No ☐

Cuales?:

11 - Mano Hábil

Derecha ☒ Izquierda ☐

EXAMEN FISICO



Aspecto General: Bueno Talla: 1,76 mts. Peso: 62 Kg

PIEL	SI	NO
Normal	7	
Eczemas		
Hiperqueratosis		
Hiperpigmentación		

Observaciones:

OJOS	IZQUIERDO		DERECHO	
	SI	NO	SI	NO
Normal			7	
Irritación conjuntival				
Daltonismo				
Cataratas				
Opacidad de córnea				
Pterigión				
Agudeza visual cercana				
Agudeza visual lejana				

Observaciones:

CAVIDAD ORAL	SI	NO
Normal		7
Sangrado de encía		
Ribete de Burton		
Alteración del esmalte		
Caries		
Faringitis / Amigdalitis		
Amígdalas: hipertroóficas / ausentes		
Disfonia		

Observaciones:

NARIZ	SI	NO
Normal	7	
Alteraciones del olfato		
Mucosa: (congestiva - pálida - atrofica)		
Úlceras		
Tabique nasal perforado		

Observaciones:

RESPIRATORIO	SI	NO
Normal	7	
Rales: (Crepitantes - Subcrepitant.)		
Roncus		
Sibilancias (Inspiratorias - Espiratorias)		
Disnea de Esfuerzo (Gde. - Med. - Peq.)		
Disnea de Reposo		

Observaciones:

CARDIOVASCULAR	SI	NO
Normal	7	
Arritmias		
Soplos (sistólicos - diastólicos)		
Hipertensión arterial		
T. A. (mm Hg): Max: <u>115</u> Min: <u>80</u> Pulso: <u>87</u>		

Observaciones:

NEUROLOGICO	SI	NO
Normal	7	
Alteración de Reflejos		
Alteración de la Marcha		
Alteración de la Sensibilidad		
Romberg positivo		
Cambios de carácter / irritabilidad		
Trastornos del sueño		

Observaciones:

ABDOMEN	SI	NO
Normal	7	
Hepatomegalia / Esplenomegalia		
Cicatrices (Quirúrgicas - No Quirúrgicas)		
Hernia inguinal (Derecha - Izquierda)		
Hernia umbilical		
Puño percusión renal		
Dolor abdominal (Agudo - Crónico)		
Constipación / Diarrea		
Trastornos para orinar		

Observaciones:

COLUMNA CERVICAL	SI	NO
Normal	7	
Contractura muscular		
Limitación funcional		
Dolor		

Observaciones:

COLUMNA LUMBOSACRA	SI	NO
Normal	7	
Cicatrices Quirúrgicas		
Contractura muscular		
Limitación funcional		
Lasegú positivo (izq. - der. - bilat.) - Grado:		

Observaciones:

MIEMBRO SUPERIOR	IZQUIERDO		DERECHO	
	SI	NO	SI	NO
Normal				
Síndrome del Túnel carpiano				
Tendinitis				
Limitación Funcional				
Amputaciones				
Dolor (hombro - codo - mano)				
Crepitación (hombro - codo - mano)				
Cicatriz (Quirúrgica - No quirúrgica)				

Observaciones:

MIEMBRO INFERIOR	IZQUIERDO		DERECHO	
	SI	NO	SI	NO
Normal				
Tendinitis				
Limitación Funcional				
Amputaciones				
Dolor (cadera - rodilla - tobillo - pie)				
Crepitación articulaciones				
Cicatriz (Quirúrgica - No quirúrgica)				

Observaciones: varias en la rodilla

GINECOLOGICO	SI	NO
Normal		
Menopausia		
Abortos Espontáneos		
Metrorragia		
Patología mamaria (Izquierda - Derecha)		

Observaciones:

EX. CLIN C/ORIENT.	Normal	Anormal
Dermatológica		
Cardiovascular		
Neumonológica		
Osteoarticular		
Otorrinolaringológica		
Oftalmológica		
Neurológica		
Genitourinaria		

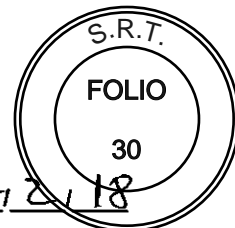
Resumen:

[Firma]
Firma Trabajador

[Firma]
Firma Médico Examinador

[Firma]
Firma Médico del Trabajo

E



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

GALENO ART

EVALUACION AUDITIVA

FECHA:

27/2/18

EXAMEN Nro.:

CASO/EVENTO:

NOMBRE: Alvarez Pablo Oscar DOC. N°: 20-13338 156-3 EDAD: 60 años

DOMICILIO: Alberto Riquelme 820 LOC.: S.M. de Tucuman C.P.: 4000 TEL.: 4230491

EMPRESA: Di Boreo y Cia SA OCUPACION: Caldero ANTIGÜEDAD: 10 años

ANTECEDENTES CLINICOS

- ☐ Enf. Otológicas
- ☒ Hipertensión Sinusal 160.
- ☐ Diabetes
- ☒ Cirugías Oído Amigdalas
- ☐ Medicamentos
- ☐ Accidentes

SÍNTOMAS

- ☐ Hipoacusia
- ☐ Otagia
- ☒ Zumbido OD Esp.
- ☐ Prurito
- ☐ Secreción
- ☐ Reclutamiento
- ☐ T. Cerumen
- ☐ Perforación
- ☐ Vértigo
- ☐ Oído tapado
- ☐ Cefalea
- ☐ Insomnio

ANTECEDENTES PERSONALES

- ☐ Armas de Fuego
- ☐ Explosiones
- ☐ Moto
- ☐ Hobbies
- ☐ Lugares ruidosos

ANTECEDENTES LABORABLES

LOGO AUDIOMETRIA

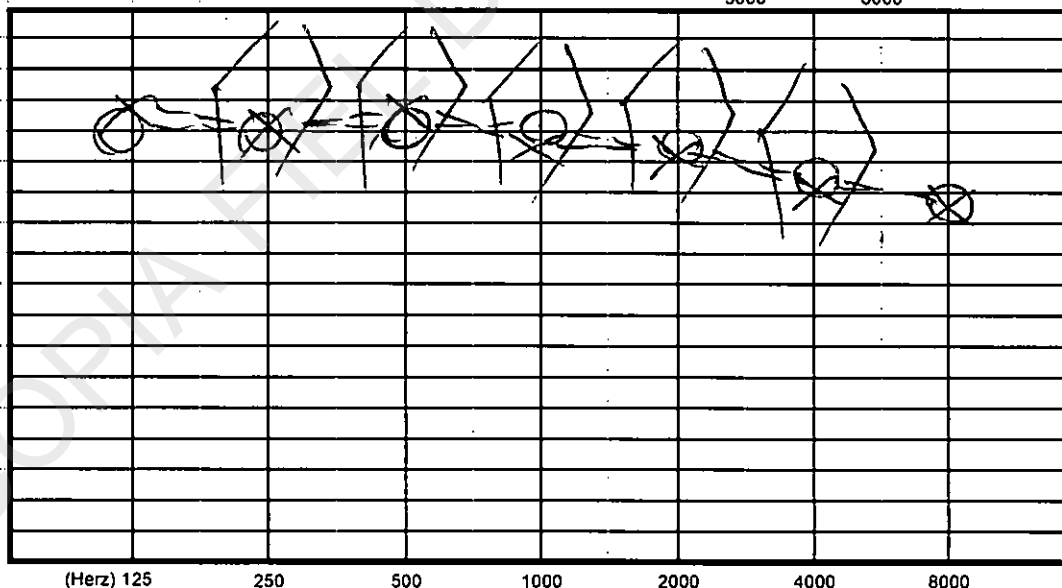
O.D.: U.V.: dB
U.P.: dB

O.I.: U.V.: dB
U.P.: dB

Ambiente
Sonoamortiguado

Audiómetro
Madsen 602

-20
-10
0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100
110
120
130



OBSERVACIONES

OD: 100 dB

OI: 110 dB

INCAPACIDAD AUDITIVA DE ACUERDO TABLA AMA 1984: 0,6% Total Ubreca 0,2%

Firma Examinado:

Pablo Alvarez

Firma Fga.:

ANA PATRICIA GOMEZ LEVIN
FISIOTERAPEUTA
M.P. 2038

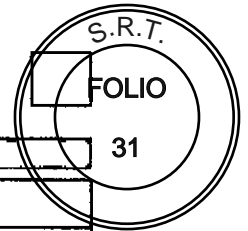
Dr. ISAM NEME
MEDICO DEL TRABAJO
M.P. 5460 M. N. 97028

INGRESO SRT NRO 56491/2020
CANTIDAD DE HOJAS: 40
15/01/2020 14:48:53

D. GALENO

2019-05-03

CARÁTULA DIGITALIZACIÓN



1 - Identificación del Afiliado

ALVAREZ PABLO OSCAR

CUIL **20-13338156-3** Nro. Proceso **306467**

Nro. Caja

2 - Identificación documentación

Identificador único

20190503GEP66681

Etiqueta

Sucursal/Puesto
CENTRAL

Preparador
USR_GENREP

Páginas

Tipo Lote
EX. PERIODICOS

Enviar a:

Descartar carátula:

Comentarios:

Tipo Doc: **3100**



SIML.E.R

SERVICIO MEDICO INTEGRAL & LABORAL
ESTER D. RUBINO S.R.L.

LAS PIEDRAS 549 - SAN MIGUEL DE TUCUMAN

Teléfonos: (0381) 430 3306 - 421 0038 - 421 0028

e-mail: esterrubino@arnet.com.ar

EXAMEN PERIODICO DE RIESGO

Tipo de Examen:

Ingreso ó Preocupación: 32 ☒
Periódico: ☒
Egreso: ☐
Otros: ☐

Clasificación General:

Normal (N): ☒
Inculpable (I): ☐
En Evaluación (E): ☐
Observado (A): ☐

FOLIO

32

FECHA: 24 / 6 / 19

ART:

EMPRESA

Razón Social: Di. Bauco y Cia SA

CUIT:

Domicilio:

Localidad:

C.P.:

TRABAJADOR

Apellido y Nombre:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

C.P.:

Fecha de Nacimiento:

Doc. L. E./C.L./DNI. N°:

CUIL. N°:

Fecha de Ingreso en la Empresa:

Puesto de Trabajo:

Antigüedad en el Puesto:

TRABAJA EXPUESTO A:

- * Ruido ☐
- * Polvo ☐
- * Frio ☐
- * Calor ☐
- * Humedad ☐
- * Altura ☐
- * Radiac. Ionizantes ☐
- * Sustancias Químicas ☐

- * Profundidad ☐
- * Vibraciones ☐
 - Segmentarias
 - Cuerpo entero
- * Gestos repetitivos ☐
 - M. sup.
 - M. inf.
- * Sobrecarga de la voz ☐
- * Otras ☐

Observaciones:

ANTECEDENTES PERSONALES

1- Tuvo accidentes de trabajo anteriores?

Si ☐ No ☒

Describe:

Año:

Secuelas:

Describe:

Año:

Secuelas:

2 Tuvo ausentismo por enfermedades relacionadas con el trabajo?

Si ☐ No ☒

Describe:

3 - Síntomas que el trabajador atribuye a su trabajo:

4 - Padece problemas respiratorios? Desde cuando?

Si ☐ No ☒

Describe:

5 - Ha sido intervenido quirúrgicamente?

Si ☐ No ☐

Describe:

Describe:

Describe:

Describe:

Describe:

6 - Padece algún tipo de enfermedad Crónica? (Años de Diagnóstico)

Si ☒ No ☐

Describe:

M.S.A.

Año:

7 - Toma algún tipo de medicación?

Si ☒ No ☐

Cuál?:

8 - Fuma?

Si ☐ No ☒

Cuantos por día?:

9 - Toma bebidas alcohólicas?

Si ☒ No ☐

Cuales?:

Frecuencia:

ocasional

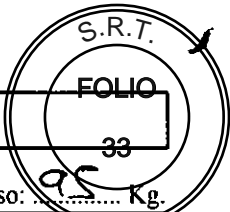
10 - Usa elementos de protección personal en su trabajo?

Si ☒ No ☐

Cuales?:

11 - Mano Hábil

Derecha ☒ Izquierda ☐



EXAMEN FISICO

Aspecto General: Bueno

Talla: 1.75 mts. Peso: 95 Kg.

PIEL	SI	NO
Normal	7	
Eczemas		
Hiperqueratosis		1
Hiperpigmentación		

Observaciones:

OJOS	IZQUIERDO		DERECHO	
	SI	NO	SI	NO
Normal	-		7	
Irritación conjuntival		1		1
Daltonismo				
Cataratas				
Opacidad de córnea				
Pterigión				
Agudeza visual cercana	3/c	2.5	2.5	2.5
Agudeza visual lejana	20/10	20/10	20/10	20/10

Observaciones:

CAVIDAD ORAL	SI	NO
Normal		7
Sangrado de encía		
Ribete de Burton		
Alteración del esmalte		
Caries		
Faringitis / Amigdalitis		
Amígdalas: hipertroóficas / ausentes	7	
Disfonia		

Observaciones:

NARIZ	SI	NO
Normal	7	
Alteraciones del olfato		
Mucosa: (congestiva - pálida - atrofica)		
Úlceras		
Tabique nasal perforado		

Observaciones:

RESPIRATORIO	SI	NO
Normal	7	
Rales: (Crepitantes - Subcrepitant.)		
Roncus		
Sibilancias (Inspiratorias - Espiratorias)		
Disnea de Esfuerzo (Gdc. - Med. - Peq.)		
Disnea de Reposo		

Observaciones:

CARDIOVASCULAR	SI	NO
Normal		7
Arritmias		
Soplos (sistólicos - diastólicos)		
Hipertensión arterial		
T. A. (mm Hg): Max: <u>130</u> Min: <u>80</u> Pulso: <u>74</u>		

Observaciones:

NEUROLOGICO	SI	NO
Normal	7	
Alteración de Reflejos		
Alteración de la Marcha		
Alteración de la Sensibilidad		
Romberg positivo		
Cambios de carácter / irritabilidad		
Trastornos del sueño		

Observaciones:

Resumen:

ABDOMEN	SI	NO
Normal		7
Hepatomegalia / Esplenomegalia		
Cicatrices (Quirúrgicas - No Quirúrgicas)		
Hernia inguinal (Derecha - Izquierda)		
Hérnia umbilical		
Puño percusión renal		
Dolor abdominal (Agudo - Crónico)		
Constipación / Diarrea		
Trastornos para orinar		

Observaciones:

COLUMNA CERVICAL	SI	NO
Normal	7	
Contractura muscular		1
Limitación funcional		
Dolor		

Observaciones:

COLUMNA LUMBOSACRA	SI	NO
Normal	7	
Cicatrices Quirúrgicas		
Contractura muscular		1
Limitación funcional		
Lasegú positivo (izq. - der. - bilat.) - Grado:		

Observaciones:

MIEMBRO SUPERIOR	IZQUIERDO		DERECHO	
	SI	NO	SI	NO
Normal				
Síndrome del Túnel carpiano				
Tendinitis				
Limitación Funcional				
Amputaciones				
Dolor (hombro - codo - mano)				
Crepitación (hombre - codo - mano)				
Cicatriz (Quirúrgica - No quirúrgica)				

Observaciones:

MIEMBRO INFERIOR	IZQUIERDO		DERECHO	
	SI	NO	SI	NO
Normal				
Tendinitis				
Limitación Funcional				
Amputaciones				
Dolor (cadera - rodilla - tobillo - pie)				
Crepitación articulaciones				
Cicatriz (Quirúrgica - No quirúrgica)				

Observaciones:

GINECOLOGICO	SI	NO
Normal		
Menopausia		
Abortos Espontáneos		
Metrorragia		
Patología mamaria (Izquierda - Derecha)		

Observaciones:

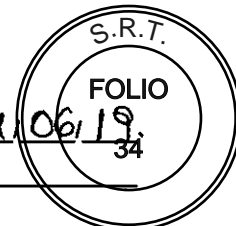
EX. CLIN C/ORIENT.	Normal	Anormal
Dermatológica		
Cardiovascular		
Neumonológica		
Osteoarticular		
Otorrinolaringológica		
Oftalmológica		
Neurológica		
Genitourinaria		

Firma Trabajador

Firma Médico Examinador

Firma Médico del Trabajo

A



GALENO ART

EVALUACION AUDITIVA

FECHA:

24/06/19

EXAMEN Nro.:

CASO/EVENTO:

NOMBRE: Alvarez Pablo Oscar DOC. N°: 2-13338156-3 EDAD: 61 años
DOMICILIO: Alderete Ponges 820 LOC.: S.M de Tuc C.P.: 4000 TEL.: 155249739
EMPRESA: D. Baccay CIA SA OCUPACION: Caldelero ANTIGÜEDAD: 12 años

ANTECEDENTES CLINICOS

- ☐ Enf. Otológicas
☒ Hipertensión Losacor.
☐ Diabetes
☒ Cirugías Radilla (D) - Amigdalas.
☐ Medicamentos
☐ Accidentes

SÍNTOMAS

- ☐ Hipoacusia
☐ Otagia
☒ Zumbido OD/Esp.
☐ Prurito
☐ Secreción
☐ Reclutamiento
☐ T. Cerumen
☐ Perforación
☐ Vértigo
☐ Oído tapado
☒ Cefalea
☐ Insomnio

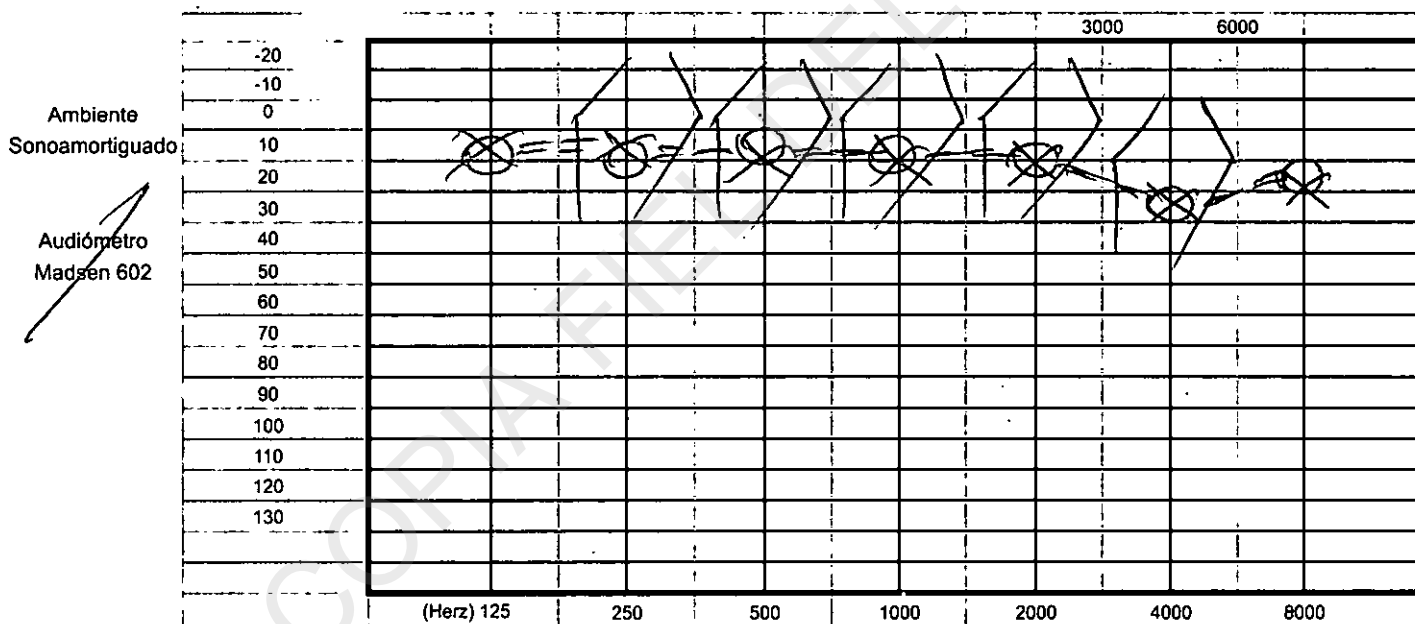
ANTECEDENTES PERSONALES

- ☐ Armas de Fuego
☐ Explosiones
☐ Moto
☐ Hobbies
☐ Lugares ruidosos

ANTECEDENTES LABORABLES

LOGO AUDIOMETRIA

O.D.: U.V.: _____ dB
U.P.: _____ dB
O.I.: U.V.: _____ dB
U.P.: _____ dB



OBSERVACIONES

OD: 90 dB.

OI: 95 dB.

INCAPACIDAD AUDITIVA DE ACUERDO TABLA AMA 1984:

Firma Examinado:

[Signature]

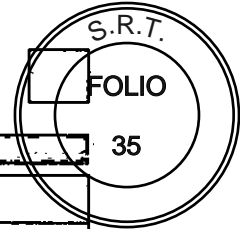
Dr. ISAM NEME
MEDICO DEL TRABAJO
M.P. 5460 M. N. 97028

Firma Fga.:


[Signature]
ANA BEATRIZ GOMEZ LEVIN
LOGO AUDIOMETRIA
M.P. 2088

INGRESO SRT NRO 56491/2020
CANTIDAD DE HOJAS: 40
15/01/2020 14:48:53
2018-09-20

CARÁTULA DIGITALIZACIÓN



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

1 - Identificación del Afiliado				
ALVAREZ PABLO OSCAR				
CUIL	Nro. Proceso	Nro. Caja		
20-13338156-3	289084			
2 - Identificación documentación				
Identificador único			Etiqueta	
20180920GEP17625				
Sucursal/Puesto	Preparador	Páginas	Tipo Lote	Enviar a:
CENTRAL	USR_GENREP		EX. PERIODICOS	
Descartar carátula:		Comentarios:		Tipo Doc: 3100
				



SIMLE.R

SERVICIO MEDICO INTEGRAL & LABORAL
ESTER D. RUBINO S.R.L.

LAS PIEDRAS 549 - SAN MIGUEL DE TUCUMAN
Teléfonos: (0381) 430 3306 - 421 0038 - 421 0028
e-mail: esterrubino@arnet.com.ar

EXAMEN PERIODICO DE RIESGO

Tipo de Examen:

Ingreso ó Preocupacional: ☐
Periódico: ☒
Egreso: ☐
Otros: ☐

Clasificación General:

Normal (N): ☒
Inculpable (I): ☐
En Evaluación (E): ☐
Observado (A): ☐

SR T

FOLIO

86

FECHA: 2 / 11 / 18

ART: Policia

EMPRESA

Razón Social: De Goco y CIA

CUIT:

Domicilio:

Localidad:

C.P.:

TRABAJADOR

Apellido y Nombre:

Alvarez Pablo Oscar

Domicilio:

Alberto Ponges 820

Localidad:

S.M. Tuc

Provincia:

Tucuman

C.P.:

4000

Fecha de Nacimiento:

20/06/1957

Doc. L. E./C.L./DNI. N°:

13 338 156

CUIL N°:

20 / 13338 156 / 3

Fecha de Ingreso en la Empresa:

2008

Puesto de Trabajo:

Calderero - operador

Antigüedad en el Puesto:

10 años

TRABAJA EXPUESTO A:

- * Ruido ☐
- * Polvo ☐
- * Frío ☐
- * Calor ☐
- * Humedad ☐
- * Altura ☐
- * Radiac. Ionizantes ☐
- * Sustancias Químicas ☐

- * Profundidad ☐
- * Vibraciones
 - Segmentarias ☐
 - Cuerpo entero ☐
- * Gestos repetitivos
 - M. sup. ☐
 - M. inf. ☐
- * Sobrecarga de la voz ☐
- * Otras ☐

Observaciones:

ANTECEDENTES PERSONALES

1- Tuvo accidentes de trabajo anteriores?

Si ☐ No ☒

Describe:

Año:

Secuelas:

Describe:

Año:

Secuelas:

2 Tuvo ausentismo por enfermedades relacionadas con el trabajo?

Si ☐ No ☐

Describe:

3 - Síntomas que el trabajador atribuye a su trabajo:

4 - Padece problemas respiratorios? Desde cuando?

Si ☐ No ☐

Describe:

5 - Ha sido intervenido quirúrgicamente?

Si ☒ No ☐

Describe:

Amigdalas

Año:

Describe:

Rodillo Derecho (quirúrgico)

Año:

Describe:

Año:

Describe:

Año:

6 - Padece algún tipo de enfermedad Crónica? (Años de Diagnóstico)

Si ☒ No ☐

Describe:

HTA

Año:

7 - Toma algún tipo de medicación?

Si ☒ No ☐

Cuál?:

Loenal 10 mg

8 - Fuma?

Si ☐ No ☒

Cuantos por día?:

9 - Toma bebidas alcohólicas?

Si ☒ No ☐

Cuales?:

Cerveza

Frecuencia:

Ocasional

10 - Usa elementos de protección personal en su trabajo?

Si ☒ No ☐

Cuales?:

11 - Mano Hábil

Derecha ☒

Izquierda ☐

Aspecto General:

Talla: 1.80 mts. Peso: 80.37 Kg.

PIEL	SI	NO
Normal	✓	
Eczemas		
Hiperqueratosis		
Hiperpigmentación		

Observaciones:

OJOS	IZQUIERDO	DERECHO
	SI NO	SI NO
Normal		
Irritación conjuntival		
Daltonismo		
Cataratas		
Opacidad de córnea		
Pterigión		
Agudeza visual cercana	c/c 25	25
Agudeza visual lejana	c/c 10/10	10/10

Observaciones:

CAVIDAD ORAL	SI	NO
Normal		
Sangrado de encía		
Ribete de Burton		
Alteración del esmalte		
Caries	✓	
Faringitis / Amigdalitis		
Amígdalas: hipertroóficas / ausentes		
Disfonia		

Observaciones:

NARIZ	SI	NO
Normal	✓	
Alteraciones del olfato		
Mucosa: (congestiva - pálida - atrofica)		
Úlceras		
Tabique nasal perforado		

Observaciones:

RESPIRATORIO	SI	NO
Normal	✓	
Rales: (Crepitantes - Subcrepitant.)		
Roncus		
Sibilancias (Inspiratorias - Espiratorias)		
Disnea de Esfuerzo (Gde. - Med. - Peq.)		
Disnea de Reposo		

Observaciones:

CARDIOVASCULAR	SI	NO
Normal		
Arritmias		
Soplos (sistólicos - diastólicos)		
Hipertensión arterial		
T. A. (mm Hg): Max: 120 Min: 80 Pulso: 74	✓	

Observaciones:

NEUROLOGICO	SI	NO
Normal	✓	
Alteración de Reflejos		
Alteración de la Marcha		
Alteración de la Sensibilidad		
Romberg positivo		
Cambios de carácter / irritabilidad		
Trastornos del sueño		

Observaciones:

ABDOMEN	SI	NO
Normal	✓	
Hepatomegalia / Esplenomegalia		
Cicatrices (Quirúrgicas - No Quirúrgicas)		
Hernia inguinal (Derecha - Izquierda)		
Hernia umbilical		
Puño percusión renal		
Dolor abdominal (Agudo - Crónico)		
Constipación / Diarrea		
Trastornos para orinar		

Observaciones:

COLUMNA CERVICAL	SI	NO
Normal	✓	
Contractura muscular		
Limitación funcional		
Dolor		

Observaciones:

COLUMNA LUMBOSACRA	SI	NO
Normal	✓	
Cicatrices Quirúrgicas		
Contractura muscular		
Limitación funcional		
Lasegúe positivo (izq. - der. - bilat.) - Grado:		

Observaciones:

MIEMBRO SUPERIOR	IZQUIERDO	DERECHO
	SI NO	SI NO
Normal	✓	✓
Síndrome del Túnel carpiano		
Tendinitis		
Limitación Funcional		
Amputaciones		
Dolor (hombro - codo - mano)		
Crepitación (hombro - codo - mano)		
Cicatriz (Quirúrgica - No quirúrgica)		

Observaciones:

MIEMBRO INFERIOR	IZQUIERDO	DERECHO
	SI NO	SI NO
Normal	✓	✓
Tendinitis		
Limitación Funcional		
Amputaciones		
Dolor (cadera - rodilla - tobillo - pie)		
Crepitación articulaciones		
Cicatriz (Quirúrgica - No quirúrgica)		

Observaciones:

GINECOLOGICO	SI	NO
Normal		
Menopausia		
Abortos Espontáneos		
Metrorragia		
Patología mamaria (Izquierda - Derecha)		

Observaciones:

EX. CLIN C/ORIENT.	Normal	Anormal
Dermatológica		
Cardiovascular		
Neumonológica		
Osteoarticular		
Otorrinolaringológica		
Oftalmológica		
Neurológica		
Genitourinaria		

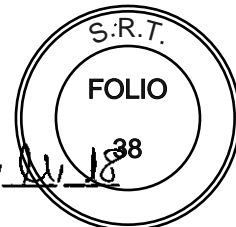
Resumen:

CAPETTA NATALIA
MEDICO
MAT. PROF. 9564

Firma Médico Examinador

DR. IBAN NEME
MEDICO DEL TRABAJO
M. 5460 M. N. 97028
Firma Médico del Trabajo

A



EVALUACION AUDITIVA

GALENO ART

FECHA:

27/11/18

EXAMEN Nro.:

CASO/EVENTO:

NOMBRE: Alvarez Pablo Cesar DOC. N° 20-13338-156-3 EDAD: 61 años
DOMICILIO: Alberca Rengas 820 LOC.: S.M de Tuc C.P. 4000 TEL.: 155249739
EMPRESA: Dr. Boeco y CIA SA OCUPACION: Caldenero ANTIGÜEDAD: 11 años

ANTECEDENTES CLINICOS

- ☐ Enf. Otológicas
- ☒ Hipertensión (no recuerda)
- ☐ Diabetes
- ☒ Cirugías Amigdalas - Rod. (b)
- ☐ Medicamentos
- ☐ Accidentes

SÍNTOMAS

- ☐ Hipoacusia
- ☐ Otalgia
- ☒ Zumbido cc (Esp)
- ☐ Prurito
- ☐ Secreción
- ☐ Reclutamiento
- ☐ T. Cerumen
- ☐ Perforación
- ☐ Vértigo
- ☐ Oído tapado
- ☐ Cefalea
- ☐ Insomnio

ANTECEDENTES PERSONALES

- ☐ Armas de Fuego
- ☐ Explosiones
- ☐ Moto
- ☐ Hobbies
- ☐ Lugares ruidosos

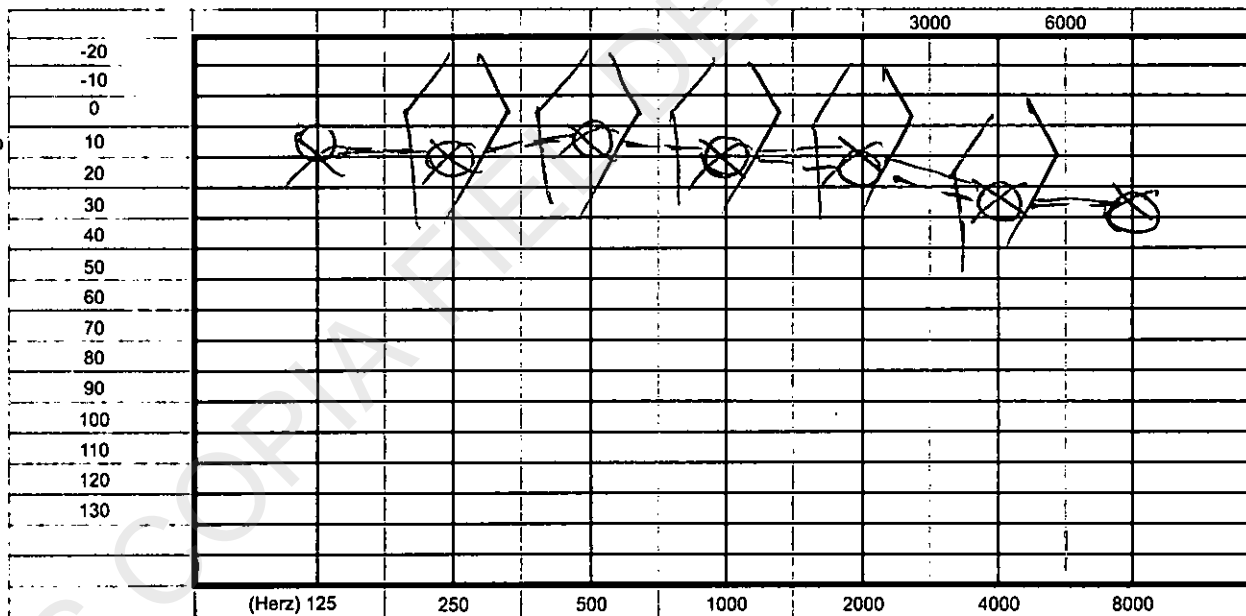
ANTECEDENTES LABORABLES

LOGO AUDIOMETRIA

O.D.: U.V.: _____ dB
U.P.: _____ dB
O.I.: U.V.: _____ dB
U.P.: _____ dB

Ambiente
Sonoamortiguado

Audiómetro
Madsen 602



OBSERVACIONES

OD: 95 dB

OI: 90 dB

INCAPACIDAD AUDITIVA DE ACUERDO TABLA AMA 1984:

Firma Examinado:

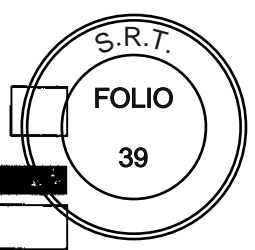
Pablo A. S.

Firma Fga.:


ANA BEATRIZ GOMEZ LEVIN
FONOAUDIOLOGA
M.P. 2038

Dr. JEAN PIERRE
MEDICO DEL TRABAJO
M.P. 5460 M. N. 197028

CARÁTULA DIGITALIZACIÓN



2018-05-07

1 - Identificación del Afiliado				
ALVAREZ PABLO OSCAR				
CUIL	Nro. Proceso	Nro. Caja		
20-13338156-3	275555			
2 - Identificación documentación				
Identificador único			Etiqueta	
20180507GEP54892				
Sucursal/Puesto	Preparador	Páginas	Tipo Lote	Enviar a:
CENTRAL	USR_GENREP		EX. PERIODICOS	
Descartar carátula:		Comentarios:		Tipo Doc: 3102
				



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

GALENO ART

CARATULAS DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido:..... *Albano Pablo Oscar*.....

CUIL:..... *20.13.338.156-3*.....

Teléfono:..... *Albano Pablo 820*.....

Domicilio:..... *Albano Pablo 820*.....

Localidad:..... *San Miguel de Tucumán*.....

Provincia:..... *Tucumán*.....

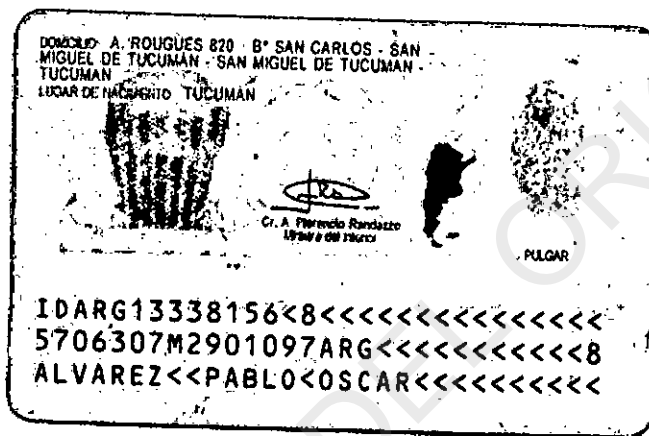
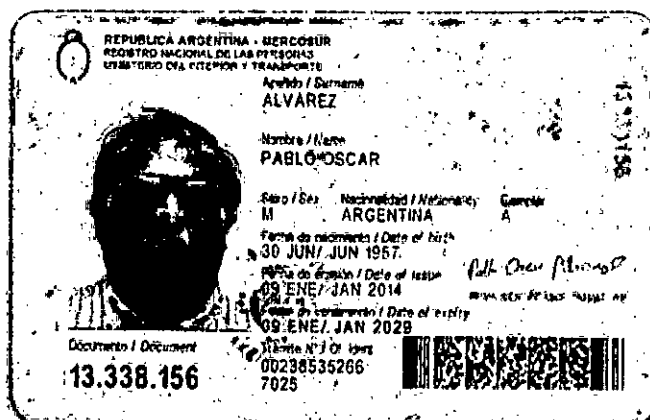
Partido:.....

Fecha

21/5/18

Pablo Oscar

Firma del empleado



SIML.E.R

SERVICIO MEDICO INTEGRAL & LABORAL
ESTER D. RUBINO S.R.L.

LAS PIEDRAS 549 - SAN MIGUEL DE TUCUMAN

Teléfonos: (0381) 430 3306 - 421 0038 - 421 0028

e-mail: esterrubino@arnet.com.ar

EXAMEN PERIODICO DE RIESGO

Tipo de Examen:

Ingreso ó Preocupación: ☒

Periódico: ☐

Egreso: ☐

Otros: ☐

Clasificación General:

Normal (N): ☒

Inculpable (I): ☐

En Evaluación (E): ☐

Observado (A): ☐

FOLIO

42

FECHA: 21/5/18

ART: Colera 187

EMPRESA

Razón Social: Di Marco

CUIT:

Domicilio:

Localidad:

C.P.:

TRABAJADOR

Apellido y Nombre: Alvarez Pablo Oscar

Domicilio: Alberto Roque 8200

Localidad: S.T.T.

Provincia: Tucumán

C.P.:

Fecha de Nacimiento: 30/6/1957

Doc. L. E./C.L./DNI. N°: 13.338.156

CUIL. N°: 2073338156-3

Fecha de Ingreso en la Empresa: 2008

Puesto de Trabajo: Colera

Antigüedad en el Puesto: 10 años

155249 739
TRABAJA EXPUESTO A:

- * Ruido ☐
- * Polvo ☐
- * Frío ☐
- * Calor ☐
- * Humedad ☐
- * Altura ☐
- * Radiac. Ionizantes ☐
- * Sustancias Químicas ☐

- * Profundidad ☐
- * Vibraciones ☒ Segmentarias ☐
Cuerpo entero ☐
- * Gestos repetitivos ☒ M. sup. ☐
M. inf. ☐
- * Sobrecarga de la voz ☐
- * Otras ☐

Observaciones:

ANTECEDENTES PERSONALES

1- Tuvo accidentes de trabajo anteriores?

Si ☐ No ☒

Describe:

Año:

Secuelas:

Describe:

Año:

Secuelas:

2 Tuvo ausentismo por enfermedades relacionadas con el trabajo?

Si ☐ No ☒

Describe:

3 - Síntomas que el trabajador atribuye a su trabajo:

4 - Padece problemas respiratorios? Desde cuando?

Si ☐ No ☒

Describe:

5 - Ha sido intervenido quirúrgicamente?

Si ☒ No ☐

Describe:

Año:

Describe:

Año:

Describe:

Año:

Describe:

Año:

6 - Padece algún tipo de enfermedad Crónica? (Años de Diagnóstico)

Si ☒ No ☐

Describe:

Año:

7 - Toma algún tipo de medicación?

Si ☒ No ☐

Cuál?:

8 - Fuma?

Si ☐ No ☒

Cuántos por día?:

9 - Toma bebidas alcohólicas?

Si ☒ No ☐

Cuales?:

Frecuencia:

10 - Usa elementos de protección personal en su trabajo?

Si ☒ No ☐

Cuales?:

11 - Mano Hábil

Derecha ☒ Izquierda ☐

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Aspecto General: *normal*

Talla: *1,76* mts. Peso: *72* Kg.

PIEL	SI	NO
Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperqueratosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperpigmentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

OJOS	IZQUIERDO		DERECHO	
	SI	NO	SI	NO
Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritación conjuntival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daltonismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opacidad de córnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pterigión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agudeza visual cercana	<i>CC</i>	<i>0,50</i>	<i>CC</i>	<i>0,50</i>
Agudeza visual lejana	<i>CC</i>	<i>10/12</i>	<i>CC</i>	<i>10/12</i>

Observaciones:

CAVIDAD ORAL	SI	NO
Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado de encía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ribete de Burton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteración del esmalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faringitis / Amigdalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amígdalas: hipertroficadas / ausentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disfonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones: *protesis completa*

NARIZ	SI	NO
Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones del olfato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mucosa: (congestiva - pálida - atrofica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabique nasal perforado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

RESPIRATORIO	SI	NO
Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rales: (Crepitantes - Subcrepitantes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roncus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sibilancias (Inspiratorias - Espiratorias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disnea de Esfuerzo (Gde. - Med. - Peq.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disnea de Reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

CARDIOVASCULAR	SI	NO
Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplos (sistólicos - diastólicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T. A. (mm Hg): Max: <i>140</i> Min: <i>80</i> Pulso: <i>70</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

NEUROLOGICO	SI	NO
Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteración de Reflejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteración de la Marcha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteración de la Sensibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Romberg positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios de carácter / irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

ABDOMEN	SI	NO
Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatomegalia / Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cicatrices (Quirúrgicas - No Quirúrgicas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernia inguinal (Derecha - Izquierda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernia umbilical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puño percusión renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal (Agudo - Crónico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipación / Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

COLUMNA CERVICAL	SI	NO
Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contractura muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitación funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

COLUMNA LUMBOSACRA	SI	NO
Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cicatrices Quirúrgicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contractura muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitación funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lasegú positivo (izq. - der. - bilat.) - Grado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

MIEMBRO SUPERIOR	IZQUIERDO		DERECHO	
	SI	NO	SI	NO
Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome del Túnel carpiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitación Funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor (hombro - codo - mano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crepitación (hombro - codo - mano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cicatriz (Quirúrgica - No quirúrgica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

MIEMBRO INFERIOR	IZQUIERDO		DERECHO	
	SI	NO	SI	NO
Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitación Funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor (cadera - rodilla - tobillo - pie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crepitación articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cicatriz (Quirúrgica - No quirúrgica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

GINECOLOGICO	SI	NO
Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menopausia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abortos Espontáneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metrorragia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patología mamaria (Izquierda - Derecha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

EX. CLIN CO/RIENT.	Normal	Anormal
Dermatológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoarticular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otorrinolaringológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oftalmológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitourinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

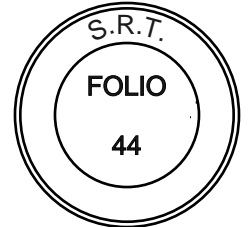
Resumen: *HTA - Tratamiento farmacológico. Hipertensión arterial. Tratamiento farmacológico. Rodilla derecha (ligamento cruzado anterior) - Tratamiento farmacológico.*

[Firma]
Firma Trabajador

[Firma]
DR. ISAM NEME
MEDICO DEL TRABAJO
M.P. 5460 M. N. 97020

[Firma]
DR. ISAM NEME
MEDICO DEL TRABAJO
M.P. 5460 M. N. 97020
Firma Médico del Trabajo

I



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

GALENO ART

EVALUACION AUDITIVA

FECHA: 21/5/18
CASO/PROCESO

NOMBRE: Abrahan Peko Ochoa DOC. N°: 20-13338156-3 EDAD: 60 años
DOMICILIO: Av. 10 de Agosto 820 LOC.: San Juan (C.P.) 4000 TEL.: 155249739
EMPRESA: Di Baccio OCUPACIÓN: Calderero ANTIGÜEDAD: 10 años

ANTECEDENTES CLINICOS

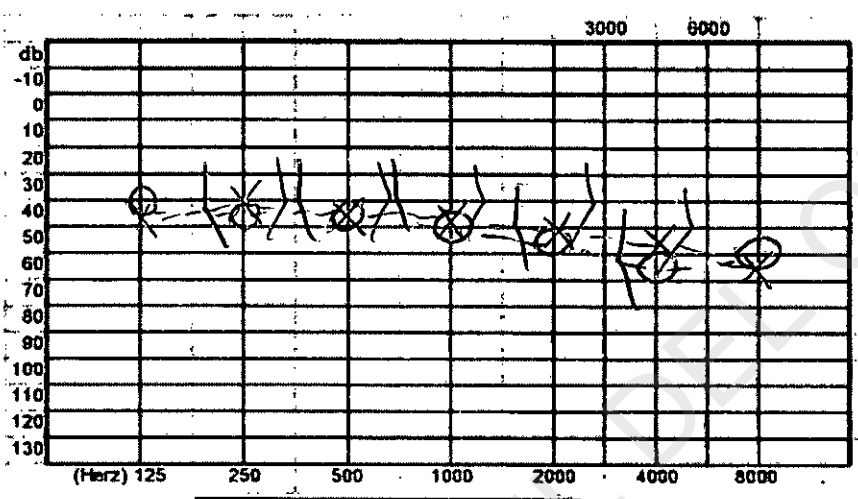
- ☐ Enf. Otológicas
- ☒ Hipertensión
- ☐ Diabetes
- ☒ Medicamentos f/ hipertensión
- ☐ Accidentes

SINTOMAS

- ☒ Hipoacusia
- ☐ Otolgia
- ☒ Zumbido q/b 2p
- ☐ Secreción
- ☐ Algiacusia
- ☐ T. Cerúmen
- ☐ Perforación
- ☐ Vértigo
- ☐ Cefalea
- ☐ Autofonía

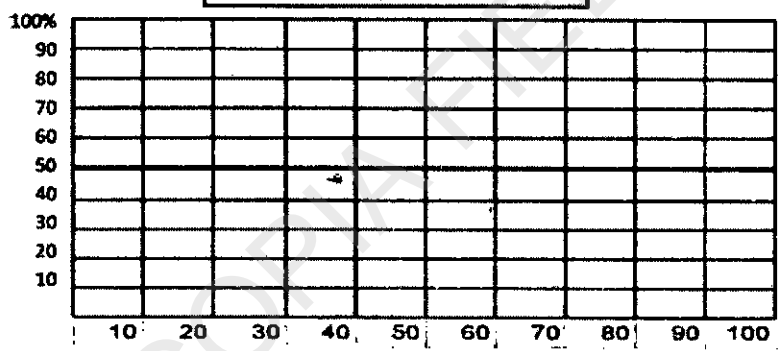
EXAMEN N°:

AUDIOMETRIA TONAL



OBSERVACIONES:

LOGO AUDIOMETRIA



OBSERVACIONES:

S.I.S.I.

O.D.					
O.I.					
Hz	500	1000	2000	4000	Reclutamiento

PRUEBA de HARRIS

- Resultados:
- ☐ + (variación >10db)
 - ☒ (variación <10db)

INGAPACIDAD AUDITIVA DE ACUERDO TABLA AMA 1984: _____

Firma Examinado: [Signature]

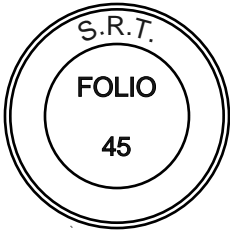
Firma Fga.: [Signature]

Dr. TEAM NEME
MEDICO DEL TRABAJO
M.P. 5460 M. N. 97028

CECILIA VELARDE BARONE
FONO AUDILOGA
M.P. 1790

GALENO ART

CARÁTULA DIGITALIZACIÓN



2019-11-14

1 - Identificación del Afiliado/Solicitante/Empresa

DI BACCO Y CIA SA /				
No. Caso	No. Contrato	No. Evento	Año Prevención	Nro. Estab.
2400243	505043	100	2019	1

2 - Identificación documentación

Identificador único 20191114CTR60391				Etiqueta	
Sucursal/Puesto	Preparador	Páginas	Tipo Lote	Enviar a:	
CENTRAL	AH03063		INF. INVESTIGACION		
Descartar carátula:		Comentarios:		Tipo Doc: 901	

DATOS DE LA EMPRESA		RAZÓN SOCIAL D. Bacco y Cia. S.A.		CONTRATO 505.043		96	
		C.U.I.T. 33-5642722-9		TELÉFONO		CANT. PERSONAL 201	
DATOS DE LA OBRA o ESTABLECIMIENTO		DIRECCIÓN Ruta Nacional n° 9 Km 1298		N° de OBRA o ESTABL. 1			
		LOCALIDAD Los Pocitos - Tafi Viejo		PROVINCIA Tucumán		CONTACTO Roberto Melina	
ACTIVIDAD REAL Percepción y transferencia de terrenos de tubos		ETAPA OBRA Normal					
PROFESIONAL RESP. SERVICIO H.Y.S.T. Ing. Eduardo Omar Alfaro		NRO. REGISTRO 26716		TEL. /E-MAIL 0391-15416049			
P.E.S.E (Res SRT 363/16)	P.R.A.M (Res SRT 1721/04)	P.E.S.E.- PyME (Res. SRT 20/18)	CONSTRUCCION	Res. SRT 463/09	X OTRAS		

RES. 463/09 - INDUSTRIA (DEC. 351/79)	C	I	N/A	RES. 552/01 - CONSTRUCCIÓN (DEC. 911/96)	C	I	N/A
5 SERVICIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO	X			1 SERVICIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD - LEGAJO TÉCNICO			
6 SERVICIO DE MEDICINA DEL TRABAJO	X			2 SERV. DE INFRAESTRUCTURA DE OBRA-SERV. PREEXISTENTES			
7 HERRAMIENTAS	X			3 ALMACENAMIENTO DE MATERIALES - ORDEN Y LIMPIEZA			
8 MAQUINAS	X			4 CAIDA DE PERSONAS Y/O OBJETOS DESDE ALTURA			
9 ESPACIOS DE TRABAJO	X			5 NORMAS HIGIENICO AMBIENTALES EN OBRADOR			
10 ERGONOMIA	X			6 SENALIZACION Y DEMARCACIÓN			
11 PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS - VÍAS DE ESCAPE	X			7 INSTALACIONES ELÉCTRICAS, RIESGO ELÉCTRICO			
12 PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS - EXTINCIÓN Y DETECCIÓN	X			8 PROTECCIÓN CONTRA INCENDIO			
13 PROTECCIÓN C/ INCENDIOS - DEPÓSITOS DE COMBUSTIBLE			X	9 EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL			
14 ALMACENAJE			X	10 MAQUINAS Y HERRAMIENTAS			
15 SUSTANCIAS PELIGROSAS: USO Y ALMACENAJE			X	11 EQUIPOS VIALES Y VEHÍCULOS			
16 RIESGO ELÉCTRICO	X			12 APARATOS ELEVADORES, MONTACARGAS, MONTAPERSONAS			
17 APARATOS SOMETIDOS A PRESIÓN - CALDERAS Y OTROS			X	13 PROGRAMA DE CAPACITACIÓN, CAPACITACIÓN			
18 APARATOS S/ A PRESIÓN - USO Y ALMACENAM. DE GASES	X			14 PROGRAMA DE SEGURIDAD			
19 EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECC. PERSONAL (E.P.P.)	X			15 RIESGO DE DERRUMBES Y DESMORONAMIENTOS			
20 ILUMINACIÓN Y COLOR	X						
21 CONDICIONES HIGROTÉRMICAS			X	RES. 463/09 - CONSTRUCCIÓN (DEC. 911/96)	C	I	N/A
22 RADIACIONES IONIZANTES			X	57 SERVICIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO			
23 RADIACIONES NO IONIZANTES Y LASERES			X	58 LEGAJO TÉCNICO			
24 INSTAL. EDILICIAS, INCLUIDOS DESAGÜES Y SANITARIOS	X			59 AVISO DE INICIO DE OBRA			
25 APARATOS PARA IZAR, MONTACARGAS Y ASCENSORES	X			60 PROGRAMA DE SEGURIDAD			
26 CAPACITACIÓN Y PRIMEROS AUXILIOS	X			61 CAPACITACIÓN			
27 VEHÍCULOS	X			62 SERVICIO DE INFRAESTRUCTURA DE OBRA			
28 CONTAMINACIÓN AMBIENTAL			X	63 ORDEN Y LIMPIEZA			
29 RUIDO, ULTRASONIDO E INFRASONIDO	X			64 ALMACENAMIENTO DE MATERIALES			
30 VIBRACIONES			X	65 CAIDA DE PERSONAS Y/O OBJETOS A DISTINTO NIVEL			
31 SOLDADURA	X			66 TRABAJOS EN VIA PUBLICA			
32 ESCALERAS	X			67 SENALIZACION			
33 MANTENIM. PREVENTIVO DE LAS MAQUINAS Y EQUIPOS	X			68 RIESGO ELÉCTRICO			
91 PRESENTA RAR CON LA NÓMINA DE TRABAJADORES EXPUESTOS	X			69 PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS			
92 EL RAR GUARDA VEROSIMILITUD CON LA ACTIVIDAD DECLARADA POR LA EMPRESA	X			70 DEPÓSITOS INFLAMABLES			
93 PRESENTA LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA DEL RAR.	X			71 EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROT. PERSONAL (E.P.P.)			
				72 CONTAMINACIÓN AMBIENTAL			
				73 RUIDO			
RES. 463/09 - AGROPECUARIA (DEC. 617/97)	C	I	N/A	74 ILUMINACIÓN			
34 SERVICIO DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO				75 ESPACIOS CONFINADOS			
35 SERVICIO DE MEDICINA DEL TRABAJO				76 TRABAJOS DE DEMOLICIÓN			
36 EQUIPOS Y ELEMENTOS DE PROTECC. PERSONAL (E.P.P.)				77 EXCAVACIONES Y TRABAJOS SUBTERRANEOS			
37 CAPACITACIÓN Y PRIMEROS AUXILIOS				78 TRABAJOS CON HORMIGÓN			
38 SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA				79 MAQUINAS			
39 MAQUINARIAS, MOTORES Y MECANIS. DE TRANSMISIÓN.				80 HERRAMIENTAS			
40 MAQ. AGRICOLAS: TRACTORES Y OTRAS MAQ. AGRIC.				81 ESCALERAS			
41 HERRAMIENTAS				82 ANDAMIOS DE MADERA, TUBULARES Y CABALLETES			
42 CONTAMINACIÓN AMBIENTAL				83 ANDAMIOS COLGANTES			
43 RUIDO				84 SILLETAS			
44 ILUMINACIÓN Y CARGA TÉRMICA				85 VEHÍCULOS Y MAQUINARIA AUTOMOTRIZ			
45 RIESGO ELÉCTRICO				86 GRUAS Y APARATOS ELEVADORES			
46 MANEJO DE MATERIALES				87 MONTACARGAS Y MONTAPERSONAS			
47 USO Y ALMACENAMIENTO DE SUSTANCIAS PELIGROSAS				88 CUERDAS, CADENAS Y ESLINGAS			
48 SILOS				89 SOLDADURA Y CORTE A GAS			
49 ESTIBA DE MATERIALES				90 APARATOS SOMETIDOS A PRESIÓN			
50 PROTECC. CONTRA INCENDIOS - QUEMA DE RASTROJOS				91 PRESENTA RAR CON LA NÓMINA DE TRABAJADORES EXPUESTOS.			
51 PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS - EXTINCIÓN				92 EL RAR GUARDA VEROSIMILITUD CON LA ACTIVIDAD DECLARADA POR LA EMPRESA.			
52 PROTECC. C/ INCENDIOS - DEPÓSITO DE COMBUSTIBLES							

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA
AL PRESENTE INFORME DE VISITA

☒ **Formulario "Anexo - Informe de Visita"**
con el Asesoramiento en Prevención y
las Recomendaciones efectuadas

☐ **Formulario RAR**

Afiche R.70

☐ Otros:

Ofrecemos asesoramiento personalizado y profesional a través de nuestras líneas de atención: 0800 - 333- 0808; de lunes a viernes en el horario de 9 a 19 hs. Ponemos a su disposición nuestros servicios de prevención on line en www.galenoseguros.com.ar / ART / Acceso a mi portal

ANALISTA DE RIESGO QUE REALIZÓ LA VISITA POR GALENO ART		REPRESENTANTE POR LA EMPRESA AL QUE SE LE ENTREGÓ EL INFORME DE VISITA	
FIRMA	ALBERTO PEREZ INGENIERO MECANICO ESPECIALISTA EN HIGIENE Y SEGURIDAD	FIRMA	
FECHA	22/10/2019	FECHA	22/10/2019
ACLARACIÓN	ESPECIALISTA EN ING. EN MEDIO AMBIENTE MAT. 26.534 TEL. 0381-156361005	ACLARACIÓN	Roberto Medina DNI: 22926914



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

DATOS DE LA EMPRESA	RAZÓN SOCIAL	D. Dacco y Cia. S.A.	CONTRATO	505.043
	C.U.I.T.	33-56421712-9	C.I.U.	289.200

ACCIÓN DE ASESORAMIENTO DE MARCO LEGAL VIGENTE. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

Se asesora en la identificación de agentes contaminantes conforme a Decretos 658/96 y 1167/03, para que pueda hacer la declaración del personal expuesto. Con esta información GALENO ART puede realizar los exámenes médicos periódicos, que tiene por objetivo la detección precoz de posibles enfermedades profesionales, dando cumplimiento a la Res. SRT 37/10, además: Recomendamos que en caso de haber tenido modificaciones en la nómina de personal o en los procesos productivos, actualice el RAR -Relevamiento de Agentes de Riesgos- con el fin de realizar los exámenes médicos periódicos a los trabajadores expuestos a agentes de riesgo causantes de enfermedades profesionales.

De no haberlo presentado a la fecha deberá remitir a GALENO ART, el RAR debidamente completo por cada ubicación, en un plazo de 15 días, para que se pueda dar cumplimiento a la Res. 37/10, sobre cuyo incumplimiento debemos informar a la SRT.

En caso que importen, produzcan, utilicen, obtengan en procesos intermedios, vendan y/o cedan a título gratuito algunas de las sustancias o agentes establecidos en la Res. SRT 844/17 deberán confeccionar y presentar el formulario ANEXO II de la Resolución 415/02, de registro de sustancias y agentes cancerígenos, en forma anual. Esta inscripción debe efectuarse antes del 15 de abril de cada año y se efectuará por intermedio de las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (ART).

En caso que produzcan, utilicen, obtengan en procesos intermedios, vendan y/o cedan a título gratuito Difenilos Policlorados, deberán confeccionar y presentar anualmente la declaración jurada de Difenilos Policlorados de la Res 497/03. Esta inscripción debe efectuarse antes del 15 de abril de cada año, y se efectuará por intermedio de las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (ART).

En caso que produzcan, importen, utilicen, obtengan en procesos intermedios, vendan y/o cedan a título gratuito las sustancias químicas en cantidad mayor o igual a las consignadas en el ANEXO I de la Res 743/03, deberán confeccionar y presentar anualmente la inscripción en el "Registro Nacional para la Prevención de Accidentes Industriales Mayores". Esta inscripción debe efectuarse antes del 15 de abril de cada año, y se efectuará por intermedio de las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (ART).

Solicitamos implementar las acciones necesarias a fin de lograr la participación de sus trabajadores en las actividades de prevención de riesgos. El estado de las condiciones inseguras documentado, corresponde a lo identificado al momento de realizar la visita. Las recomendaciones abajo indicadas deberán implementarse en forma inmediata a fin de cumplir con la legislación vigente y prevenir la ocurrencia de accidentes y enfermedades profesionales.

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES	<p>Se concurre a la oficina administrativa de la empresa, donde el Sr Roberto Medina, Técnico en Higiene y Seguridad de la empresa, me informó que en el establecimiento se realiza el manejo de riesgos químicos y se pretenden implementar también.</p> <p>Se informó que la visita se realiza a efectos de rediseñar la investigación de la posible enfermedad profesional de Hepatocarcinoma, como en el caso (caso ESOP P0001) el Sr Alvarez Pello Oscar con CUIT 20.13378156-3. Suicido SRT N° 2400243/100.</p> <p>Se adjunta el informe confeccionado como de RAR donde se informó al obrero como expuesto al agente P0001 (caso), y medición de ruido realizada por la empresa.</p> <p>Se adjunta toda la legislación vigente.</p>

CONSTANCIA DE CAPACITACIÓN EN PREVENCIÓN INHERENTE A LOS RIESGOS DE LA ACTIVIDAD:		
APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	FIRMA

☐ ATENTO A QUE EN ESTA VISITA NO SE PUDIERON EFECTUAR ESTAS ACTIVIDADES, le solicitamos realicen las acciones necesarias para llevar a cabo las mismas. En www.galenoseguros.com.ar/ART/ Acceso a mi portal, podrán acceder al Portal de Prevención y consultar nuestros servicios de capacitación y cursos on-line.

ANALISTA DE RIESGO QUE REALIZÓ LA VISITA POR GALENO ART		REPRESENTANTE POR LA EMPRESA AL QUE SE LE ENTREGÓ EL INFORME DE VISITA	
FIRMA	FECHA	FIRMA	FECHA
ALBERTO PEREZ	22/10/2019	Roberto Medina	22/10/2019
ACLARACIÓN: INGENIERO MECANICO ESPECIALISTA EN HIGIENE Y SEGURIDAD ESPECIALISTA EN ING. EN MEDIO AMBIENTE MAT. 26.534		ACLARACIÓN: DNI: 22426519	

TFOR 2138 / 03-18 TEL. 0381 - 156361005

INFORME DE INVESTIGACION DE POSIBLE ENFERMEDAD PROFESIONAL

NRO. DE SINIESTRO ART: 2400243/100

NRO. DE DENUNCIA SRT:

1. DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL

DI BACCO Y CIA SA

C.U.I.T.

CIU

NRO. CONTRATO

33-56421712-9

289200 - TRATAMIENTO Y REVESTIMIENTO DE METALES

505043

2. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE TRABAJO Y DEL LUGAR DE DETECCION DE LA POSIBLE ENFERMEDAD

2.1) ESTABLECIMIENTO DE TRABAJO

DOMICILIO: RN 9 Nr: 1298

N. ESTABLECIMIENTO:

LOCALIDAD: LOS POCITOS

PROVINCIA: TUCUMAN

01

2.2) LUGAR DE DETECCION

C.U.I.T. DE OCURRENCIA: 33-56421712-9 ESTAB. PROPIO ☒ ESTAB. DE 3ros: ☐ EMAIL:

RAZON SOCIAL: Di Bacco y Cia. S.A.

DOMICILIO: Ruta Nacional N° 9 Km 1298

CIUDAD: Los Pocitos

PROVINCIA: Tucuman

C.P:

CPA:

TELEFONO:

CIU: 289.200

ACTIVIDAD REAL: Forjado y Tratamiento Termico de metales.

3. DATOS DEL TRABAJADOR

APELLIDO: ALVAREZ

NOMBRES: PABLO OSCAR

CUIL: 20-13338156-3

PATOLOGIA A INVESTIGAR: EP HIPOACUSIAS

DIAGNOSTICO: H833 - EFECTOS DEL RUIDO SOBRE EL OIDO INTERNO - HIPOACUSIA

TIPO Y N. DOCUMENTO: DNI 13338156

ESTADO CIVIL: Casado

FECHA DE NAC.: 30/06/1957

SEXO: M ☒ F ☐

NACIONALIDAD: Argentina

TURNO DE TRABAJO: FIJO ☒

F. INGRESO A EMPRESA: 01/02/2008

F. EGRESO DE LA EMPRESA: 01/02/2008

ROTATIVO ☐

HORA JORNADA INIC.: 08:00

FINALIZACION: 17:00

ANTIGÜEDAD PUESTO ACT.: 140 meses

PUESTO ANTERIOR:

COD. Y DESC. DEL PUESTO ACTUAL (Res. SRT 244/06): Oficial Soldador.

COD. Y DESC. DEL PUESTO ANTERIOR AL ACTUAL (Res. SRT 244/06):

4. DATOS DEL SECTOR / PUESTO QUE SE ESTUDIA

4.1 Aspectos Constructivos (marcar con una X lo que corresponda)

PISOS	PAREDES	TECHOS	VENTILACION	LOCALIZADA	ILUMINACION	RUIDO
Madera	Madera	Madera	General	Natural	X	Rendija
Homigón	X	Homigón	Tinglado	X	Forzada	Extracción
Tierra	Chapa	X	Loza	Injectores	Campana	Artificial
Otros	Otros	X	Otros	Otros	Otros	Paneles

4.2 Descripción de las tareas, sector de trabajo y ambiente de trabajo

Operador de estructuras metálicas, realiza soldadura y armado de piezas. Opera maquina que del resto.

5. AGENTES DETECTADOS EN EL PROC. PRODUCTIVO, PUESTO DE TRAB. Y TAREAS QUE REALIZA EL TRABAJADOR

Agente/s de Riesgo/s relacionado/s con la posible enfermedad:

ESOP	DESC.	AGENTE	AGENTE	AGENTE	OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO

Presencia del Agente

Tiempo de exposición al agente (en meses)

Duración de Exposición

Cant. de Trabajadores considerados en similares condiciones de Exposición

Existen Mediciones Ambientales en el puesto / sector?

Niveles de concentración informados por el empleador

Supera el Límite Legal (Res. MTEySS 295/03)

Son adecuados los EPP utilizados?

Existe capacitación al trabajador S/ el riesgo específico?

Existen estudios ergonómicos del puesto (mov. repetitivos/vibraciones - adjuntar copia)

Tiene vacunaciones para agente biológico inculcado (Hep B, etc)?

Agentes materiales asociados:

COD.	DESC.	AGENTE	AGENTE	AGENTE

INFORME DE INVESTIGACION DE POSIBLE ENFERMEDAD PROFESIONAL

NRO. DE SINIESTRO ART: 2400243/100

NRO. DE DENUNCIA SRT:

6. ANTECEDENTES (según referencias del entrevistado)

Existen siniestros anteriores de patologías similares:

Si ☒ No ☒

Existe examen médico previo con estudio específico para el/los riesgo/s inculcado/s:

Si ☒ No ☒

OBSERVACIONES

7. RECOMENDACIONES

Nro.

MEDIDAS CORRECTIVAS A IMPLEMENTAR
(cuando corresponda)

8. DIAGNOSTICO DE SITUACION DE LA HIGIENE Y SEGURIDAD DE LA EMPRESA

SI NO NC

Existe un plan escrito o Higiene laboral en la empresa?

☒☐☐

Existe uno o más mapas de riesgo donde se localizan los agentes de riesgo, químicos, físicos, fisiológicos y posturales?

☒☐☐

Existen normas establecidas para la utilización de productos químicos?

☐☐☐

Hay protocolos escritos relacionados con las concentraciones de los contaminantes?

☐☐☐

Están los productos peligrosos claramente identificados?

☐☐☐

Se cuenta con un plan de acción en caso de emergencias químicas?

☐☐☐

Hay medidas implementadas tendientes a evitar los esfuerzos físicos repetitivos?

☐☐☐

9. SERVICIOS PROFESIONALES

TIPO DE SERVICIO	POSEE	RESPONSABLE	MATRICULA	TIPO
Medicina del Trabajo	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Dr. Roberto Pastores.	3021	Int. <input type="checkbox"/> Ext. <input checked="" type="checkbox"/>
Higiene y Seg. en el Trabajo	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Eduardo A. Uria Alfaro	26716	Int. <input type="checkbox"/> Ext. <input checked="" type="checkbox"/>

10. OBSERVACIONES / OTROS DATOS DEL INFORME

Se adjunta copia del RAR, con la persona expuesta al agente ruido (Eduardo Alfaro), y medición de ruido realizada por la empresa.

11. RECOMENDACION ACEPTACION / RECHAZO

Con los datos surgidos de este relevamiento, existe relación causal entre el riesgo y la patología?

Si ☒No ☐

12. RESPONSABLES DE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE INFORME

Datos del Profesional de la ART que elabora el Informe de EP:

Apellido: PEREZ

Nombres: ALBERTO

Título: Ing Mecanico Especialista HyS

Nro. de RUTH:

Nro. de RUGU

Colegio o Consejo Profesional: COPIT

Fecha de la Investigación de la EP y Firma del Profesional actuante: 22/10/2019

Matrícula RUGU PEREZ
INGENIERO MECANICO
ESPECIALISTA EN HIGIENE Y SEGURIDAD
ESPECIALISTA EN ING. EN MEDIO AMBIENTE
MAT. 26.534
TEL. 0381 - 156361005

Datos de las personas entrevistadas para elaborar el Informe de Investigación de EP:

Apellido: Medina

Nombres: Roberto Arribas

DNI / CUIL: 27.426.514

Cargo: Higiene y Seguridad

Fecha entrevista: 22/10/2019

Apellido:

Nombres:

DNI / CUIL:

Cargo:

Fecha entrevista:

Apellido:

Nombres:

DNI / CUIL:

Cargo:

Fecha entrevista:

Firma de/los entrevistado/s:

Roberto Medina

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Razón Social: Di Bacco y Cia S.A. CUIT: 33-56421712-7 Contrato: 505042 CIU: 289200

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del establecimiento: Di Bacco I N° Est.: 1 Calle: Bitza N° 109 N° Km: 1298Piso: Depto: CPA: 4101 Localidad: Los Pequeños Provincia: TucumánContacto: Medina Roberto DDN: 0381 Teléfono: 4372206 DDN: Fax: Mail: personel@di-bacco.com.arCant. Total de Trabajadores: Producción: Administrativos: Hay personal expuesto a los agentes establecidos en el Dec. 658/96 SI ☐ NO ☐Descripción de la actividad real del establecimiento: Industria Metalúrgica (Caldereas - Cadenas Industriales - Tra. Tco)
Mecanizado - Mecánica

GESTIÓN DE HIGIENE LABORAL Y SALUD OCUPACIONAL

Existen Mediciones de Contaminantes: SI ☒ NO ☐ N/A ☐ Realiza Ex. Preocupacionales: SI ☒ NO ☐ Utilizan EPP: SI ☒ NO ☐ N/A ☐Posee Hojas de Seguridad de los Productos: SI ☒ NO ☐ N/A ☐ Extracción localizada: SI ☒ NO ☐ N/A ☐ Programa de Mediciones: SI ☒ NO ☐ N/A ☐Posee Agentes Cancerígenos (Res 415/310): SI ☐ NO ☒ Cuáles: Puente y Tierra - Ruido

LISTADO TOTAL DEL PERSONAL EXPUESTO A AGENTES DE RIESGO DE SU NÓMINA ACTUAL

Apellido y Nombre	DNI	Fecha de Nacimiento	Actividad	Exposición
Acosta	Luis Marcelo	20-259229109	02/08/2007	Ajuste
Agüero	Diego Jonathan	20275618668	16/10/2015	Soldador
Agüero	Miguel Badoño	20161329126	15/05/2001	Portero
Agüero	Pablo Sebastián	20398101403	19/10/2015	Cadete
Albernoz	Julio Cesar	20322020171	04/02/2010	Pintor
Albernoz	Marcelo Eduardo	20290604245	01/02/2015	Soldador
Aldarote	Maxi Fabian	20226694799	01/11/2005	Supervisor Fabrica
Alc. Yamil	Pablo	20287218167	07/05/2011	Armador
Alfaro	Gabriel David	20320697413	01/03/2007	Cadete
Alvarez	Pablo Oscar	2013381563	01/02/2008	Armador
Amoroso	Hugo	20070785527	07/11/2005	Supervisor Mecanizado
Apelicio	Armado	20236464214	14/03/2014	Electronico
Argüenza	Walter Enrique	20228279157	01/01/2007	Corte y Plegado
Arias	Edmundo	20241010172	01/05/2008	Punto de Fb
Ariaz	Diego Sebastian	23281472259	24/11/2003	Ajuste
Artiga	Francisco	20124616977	16/04/2005	Armador

Declaro bajo juramento que los datos consignados corresponden a los agentes de riesgo existentes en el establecimiento a la exposición a que se encuentra cada uno de los trabajadores, conforme las tareas desarrolladas.

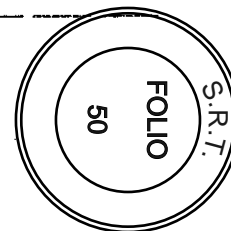
p/ DI BACCO Y CIA. S.A.

EDUARDO DI BACCO
Firma y aclaración Resp. Higiene y SeguridadEDUARDO MURIA ALFARO
INGENIERO MECANICO
INGENIERO EN SEGURIDAD

Firma y aclaración Resp. Higiene y Seguridad

DR. ROBERTO H. PASTERIS
MEDICO DEL TRABAJO
Firma y aclaración Medico Empresa

Lugar / Fecha





1. PLACARDAS
2. DISEÑOS
3. PANTOCRAPOS
4. CALDERERIA LIVIANA
5. CALDERERIA SIEMPREBODA
6. CALDERERIA PESADA
7. TRATAMIENTO TERMICO
8. CEMENTO
9. PRENSAS
10. MECANIZADO

SUPERFICIE CUBIERTA: 8000m

FECHA	27-06-1997		INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA	
USUARIO	AL-13			DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA
CD	74			
CD	74			
FORMAS DE CALIFICACIÓN Y ELEMENTOS DE CALIFICACIÓN				

PLANIMETRIA DE RUIDO - EMPRESA DI BACCO

3 5 6

②

8

10

PROTOCOLO DE MEDICIÓN DE RUIDO EN EL AMBIENTE LABORAL

Datos del establecimiento

(1) Razón Social: DI BACCO & CIA S.A.

(2) Dirección: RUTA NAC. N° 9 - KM 1298

③ Localidad: **LOS POCITOS**

(4) Provincia: TUCUMAN

(S) C.P.: 4101

(6) C.U.L.T.: 33-56421712-9

Datos para la medición

(7) Marca, modelo y número de serie del instrumento utilizado: DONGGUAN SOUND LEVEL METER - TL 201 - N° SERIE 01606349

(8) Fecha del certificado de calibración del instrumento utilizado en la medición: 21/01/2017

(9) Fecha de la medición: 23/11/2018

(10) Hora de inicio: 08:30 HS.

(11) Hora finalización: 12 HS

(12) Horarios/turnos habituales de trabajo: El establecimiento trabaja en horario de 7 a 17 hs de lunes a viernes con 1 hora de descanso para el almuerzo (el comedor queda externo a la empresa). La medición se realizó en el turno mañana coincidiendo con la mayor producción y todos sus operarios trabajando.

(13) Describa las condiciones normales y/o habituales de trabajo. La modalidad del trabajo es la siguiente: Se realizan preparaciones de chapas en pantógrafos que luego son pasadas por las plegadoras, guillonita y se dan las medidas necesarias, posteriormente se utiliza la cilindradora en casos especiales si así el trabajo lo requiere, para continuar en el sector de caldererías (armado y soldado donde se unirán las piezas para darle forma a los productos que allí se producen), por otro lado y si el proceso así lo requiere, continúan en mecanizado y/o tratamiento térmico.

(14) Describa las condiciones de trabajo al momento de la medición: Durante la medición las condiciones ambientales eran las siguientes:

1. Cielo despejado.
2. Temperatura ambiente dentro del local: 26.0 ° Celsius.
3. Velocidad del aire dentro del local = 0 m/s
4. Iluminación natural la cual ingresa por portón de acceso, espacio a cielo abierto y chapas translucidas en los laterales, ventanales en el techo y paredes. Artificial mediante lamparas incandescentes en el sector productivo a una altura media de 6 A 9 mts. y localizadas dependiendo de la exigencia del puesto de trabajo.

Documentación que se adjuntara a la medición

(15) Certificado de calibración. SI

(16) Plano o croquis. SI

Hoja 1/3

Firma, aclaración y registro del Profesional interviniente.

NP 26.716

CONTACT

Lic.Diego Maximiliano Moyano

Cell: (0351) 156546269

diegomoyano12@gmail.com

DI BACCO



PROTOCOLO DE MEDICION DE RUIDO EN EL AMBIENTE LABORAL

(17) Razón social: DI BACCO & CIA S.A.	(18) C.U.I.T.: 33-56421712-9
(19) Dirección: RUTA NAC. N° 9 - KM 1298	(20) Localidad: LOS POCITOS C.P.: 4101 Provincia: TUCUMAN

DATOS DE LA MEDICIÓN

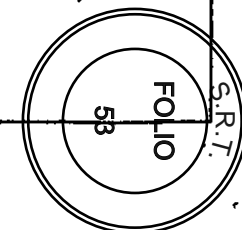
(21) Punto de medición	(22) Sector	(23) Puesto / Puesto tipo / Puesto móvil	(24) Tiempo de exposición del trabajador (T _e , en horas)	(25) Tiempo de integración (tiempo de medición)	(26) Características generales del ruido a medir (continuo / intermitente / de impulso o de impacto)	(27) RUIDO DE IMPULSO O DE IMPACTO Nivel pico de presión acústica ponderado C (LC pico, en dBC)	(28) SONIDO CONTINUO o INTERMITENTE			(29) Cumple con los valores de exposición diaria permitidos? / (NO)
							(28a) Nivel de presión acústica integrado (L _{Aeq,T_e} en dBA)	(28b) Resultado de la suma de las fracciones	(28c) Dosis (en porcentaje %)	
1	PRODUCCION	PLEGADORAS	9	10 min	INTERMITENTE	--	88,7	--	--	NO
2	PRODUCCION	GUILLOTINA	9	10 min	INTERMITENTE	--	92,2	--	--	NO
3	PRODUCCION	PANTOGRAFOS	9	10 min	INTERMITENTE	--	95,7	--	--	NO
4	PRODUCCION	CALDERERIA LIVIANA	9	10 min	INTERMITENTE	--	100,1	--	--	NO
5	PRODUCCION	CALDERERIA SEMIPESADA	9	10 min	INTERMITENTE	--	94,7	--	--	NO
6	PRODUCCION	CALDERERIA PESADA	9	10 min	INTERMITENTE	--	88,9	--	--	NO
7	PRODUCCION	TRATAMIENTO TERMICO	9	10 min	INTERMITENTE	--	89,5	--	--	NO
8	PRODUCCION	CADENA	9	10 min	INTERMITENTE	--	81,7	--	--	SI
9	PRODUCCION	PRENSAS	9	10 min	INTERMITENTE	--	88,2	--	--	NO
10	PRODUCCION	MECANIZADO	9	10 min	INTERMITENTE	--	81,8	--	--	SI

(30) Información adicional:

Hoja 2/3

Firma, aclaración y registro del Profesional interviniente.

MP 26.716



DI BACCO



PROTOCOLO DE MEDICIÓN DE RUIDO EN EL AMBIENTE LABORAL

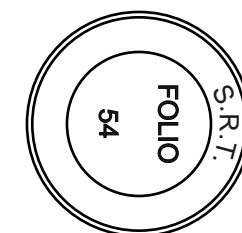
(35) Razón social: DI BACCO & CIA S.A.	(36) C.U.I.T.: 33-56421712-9		
(37) Dirección: Ruta Nac. N.º 9 – Km: 1298	(38) Localidad: LOS POQUITOS	(39) C.P.: 4101	(40) Provincia: TUCUMAN

Análisis de los Datos y Mejoras a Realizar.

(41) Conclusiones.	(42) Recomendaciones para adecuar el nivel de ruido a la legislación vigente.
DE LAS MEDICIONES EFECTUADAS BAJO LAS CONDICIONES NORMALES DE TRABAJO Y SEGÚN LO INDICADO EN LA RESOLUCION 295/2003 Y DECRETO 361/78, SE CONCLUYE QUE: EL PERSONAL SE ENCUENTRA EXPUESTO A RIESGOS AUDITIVOS EN LOS SECTORES DE TRABAJO MENCIONADOS EN LOS PUNTOS DE MEDICION; SALVO EN LOS PUNTOS 8 Y 10 DONDE LOS VALORES SE ENCUENTRAN POR DEBAJO DE LOS 85 dba. SE DESTACA QUE EL PERSONAL UTILIZA LOS PROTECTORES AUDITIVOS RECOMENDADOS PARA LA ATENUACION DE RUIDOS.	PARA EL CASO DE LOS SECTORES DE TRABAJO MENCIONADOS EN LOS PUNTOS DE MEDICION N° 2, 3, 4 Y 6 SE RECOMIENDA QUE EL PERSONAL EXPUESTO CONTINUE CON EL USO DIARIO DE PROTECCION AUDITIVA DE COPA DEBIDO QUE ES EL SECTOR DONDE EL NIVEL DE RUIDO ALCANZA VALORES ALTOS. EN LOS SECTORES DE TRABAJO MENCIONADOS EN LOS PUNTOS 1, 8, 7 Y 9 SE RECOMIENDA ESTABLECER COMO OBLIGATORIO EL USO DE TAPONES ENDORAUROS PARA EL PERSONAL TRABAJADOR DE ESTA AREA. PARA EL CASO DE LOS SECTORES 8 Y 10 NO SERIA NECESARIO EL USO DE PROTECCION AUDITIVA DEBIDO A QUE LOS NIVELES DE RUIDO SE ENCUENTRAN DENTRO DE LOS PERMITIVOS POR LA LEY DE RIESGOS DE TRABAJO.

Ing. Eduardo Uribe Alfara
Firma, aclaración y registro del
Profesional interviniente.

M.P. 26.716



Dongguan Xinrui Instrument Co., Ltd

Address: No.9 Donghuan Road(Tianmei), Huangliang town, Dongguan, Guangdong, China

Tel: +86-769-82024125

Fax: +86-769-82117495

TEST REPORT

REPORT NO.: 20170121

DATE: 2017.1.21

MODEL: TL-01

TEST CONDITIONS: TEMP. 25 °C HUMIDITY: 60 %

1. APPEARANCE: PASS

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

2. LEVEL CALIBRATOR

MODEL	STANDARD LEVEL	INDICATION BEFORE CALIBRAED	INDICATION AFTER CALIBRAED
□4231	□94.000	94.6 dB	94 dB

3. FREQUENCY WEIGHTING

FREQUENCY (Hz)	31.5	63	125	250	500	1000	2000	4000	8000
A-WEIGHTING	-39.2	-25.4	-17.8	-9.0	-3.1	-0.7	2.4	3.8	1.6
TOLERANCE	-41.9~35.9	-28.7~23.7	-18.1~14.1	-10.5~6.7	-5.1~1.3	±1.4	-1.4~3.8	-2.6~4.6	-6.7~+4.5
C-WEIGHTING	-1.1	-0.9	0.1	-0.4	-0.9	0.3	0.5	1.2	1.3
TOLERANCE	-6.5~+0.5	-3.3~+1.7	-2.7~+1.6	±1.9	±1.9	±1.4	-2.8~+2.4	-4.4~+2.8	-8.6~+2.6

4. LEVEL LINEAR ERROR (REFERENCE FREQUENCY 1 KHZ)

NOMINAL VALUE (dB)	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130
ERROR	0.3	0.1	0.1	0.1	0	0	0	0.2	0.2	0.1	0.2
TOLERANCE	±0.8	±0.8	±0.8	±0.8	±0.8	±0.8	±0.8	±0.8	±0.8	±0.8	±0.8

START POINT: 90 dB

MAXIMUM ERROR FOR EACH 1 dB ABOVE START POINT: 0.1 dB

MAXIMUM ERROR FOR EACH 1 dB BELOW START POINT: 0.1 dB

5. RESIDUAL NOISE

A-WEIGHTING <30 dB

6. TIME WEIGHTING F/S

ATTENUATION RATE: F: >25 dB/S (TOLERANCE: >25 dB/S)

ATTENUATION RATE: S: >4.9 dB/S (TOLERANCE: 3.4~5.3 dB/S)

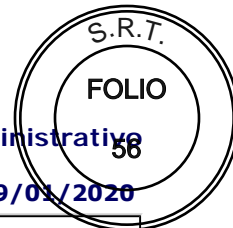
7. CONCLUSION: PASS

TESTED BY 李新安

INSPECTED BY 谢沐

APPROVED BY 石高

INGRESO SRT NRO 56491/2020
CANTIDAD DE HOJAS: 40
15/01/2020 14:48:53

**GALENO ART**

Seguimiento Médico Administrativo

Caso: 2400243/Evento: 100

Fecha: 09/01/2020

Empleador: DI BACCO Y CIA SA	C.U.I.T.: 33-56421712-9
Asegurado: ALVAREZ, PABLO OSCAR	CUIL: 20-13338156-3
Domicilio: ALBERTO ROUGUES 820 0 0 SAN MIGUEL DE TUCUMAN 4000 TUCUMAN	Tipo y Nro Doc.: DNI 13338156
Fecha Nac.: 30/06/1957	Edad: 62
Fecha Accidente: 25/09/2019	Tipo Accidente: ENFERMEDAD PROFESIONAL
Desc. Lesion: EP HIPOACUSIAS	Alta Med. Prev.: 18/10/2019
Gravedad: MODERADO	Fecha Revista: 18/10/2019
Incapacidad: 0	Cond.Med. Actual: AMBULATORIO
Gestor: CATALAN JULIO GERMAN DARIO	Analista Admin.: JULIO GERMAN DARIO CATALAN
	Mod. Traslado Actual: TRANSPORTE PUBLICO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

Cod.	Grupo Diagnostico	CIE10	Diagnostico Medico
EFE03	EFFECTOS DEL RUIDO SOBRE EL OIDO INTERNO	H833	EFFECTOS DEL RUIDO SOBRE EL OIDO INTERNO - HIPOACUSIA

PRESTADORES

Fecha	Nombre	Domicilio	TE	Mail
30/09/2019	CARLOS FABIAN DIAZ KURAN	DR MARCOS PAZ 3557 SAN MIGUEL DE TUCUMAN TUCUMAN		

INTERNACIONES

Unidad Int.	Fecha Ingreso	Fecha Egreso
-------------	---------------	--------------

PERIODOS DE BAJA LABORAL

Fecha Baja Laboral	Fecha Alta Laboral
--------------------	--------------------

CURSOS CLINICOS

Fecha	Descripción
30/09/2019	SE CITA POR CD EL DIA 07/10/2019 CON DR. KHOAMEH
07/10/2019	PACIENTE DE 62 AÑOS, REFIERE QUE TIENE DISMINUCION DE LA AUDICION DE AMBOS OIDOS ACOMPAÑADO DE ZUMBIDOS, DESDE HACE UN AÑO MAS EN EL OIDO IZQUIERDO, HACE 18 AÑOS QUE TRABAJA EN LA EMPRESA EN EL MISMO SECTOR, UTILIZA TAPONES EN LOS OIDOS DESDE QUE ENTRO A TRABAJAR, PERO DESDE EL AÑO PASADO PIDIO EL DE COPA. REIFERE QUE HAY MAQUINAS QUE PROVOCAN RUIDOS, COMO EL CORTADOR QUE TRABAJA CON AIRE A PRESION (ARCAI), CADENA DE LOS HORNOS Y MOTORES DE LOS MISMOS QUE GENERAN MUCHO RUIDO, AMOLADORAS INDUSTRIALES. SOLICITO AUDIOMETRIA X 3 LOGO AUDIOMETRIA, PRUEBA DE SIMULACION E IC CON ORL. SOLICITO CYMAT. DR KHOZAMEH
09/10/2019	PACIENTE ASISTIDO DÍA 09-10-19. REFIERE HIPOACUSIA Y ACÚFENOS . SE REALIZA TOILETTE DE OÍDOS BAJO MICROSCOPIO POR PRESENCIA DE TAPÓN DE CERA (SOLICITO AUTORIZACIÓN DE PRÁCTICA - OTOMICROSCOPIA + EXTRACCIÓN TAPÓN DE CERA) Y SE DERIVA PARA REALIZAR ESTUDIOS DE AUDICIÓN . MUY ATTE MARIA VIVIANA RAGONESI
17/10/2019	SE ENVIA AUDIO A AUDITORIA. -
17/10/2019	PACIENTE DENUNCIA DISMINUCIÓN DE LA AUDICION BILATERAL (CIE 10 H83) SE LO EVALUA Y NO SE CONSTATA SIGNOS PATOLOGICOS POR LO CUAL AMERITE PRESTACIONES. SE SUGIERE RECHAZO DESDE MEDICA POR AUSENCIA DE PATOLOGIA. DR. DIAZ KURAN AUSENCIA DE PATOLOGIA AUSENCIA DE PATOLOGIA
18/10/2019	DE LA EVALUACIÓN MÉDICA EFECTUADA POR ÉSTA ART A RAÍZ DE LA CONTINGENCIA DENUNCIADA, SURGE LA AUSENCIA DE PATOLOGÍA, POR LO TANTO NO CORRESPONDE A GALENO ART OTORGAR PRESTACIÓN ALGUNA EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY 24.557

EPICRISIS

Fecha Alta Medica	Descripción
18/10/2019	

PATOLOGIA INculpable

Fecha	Descripción
-------	-------------

CITACIONES A PRESTADORES MEDICOS

Fecha Ev.	Fecha/Hora Cit.	Prestador
-----------	-----------------	-----------

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Galeno ART. 213. 13.338.156
Pablo Ojeda



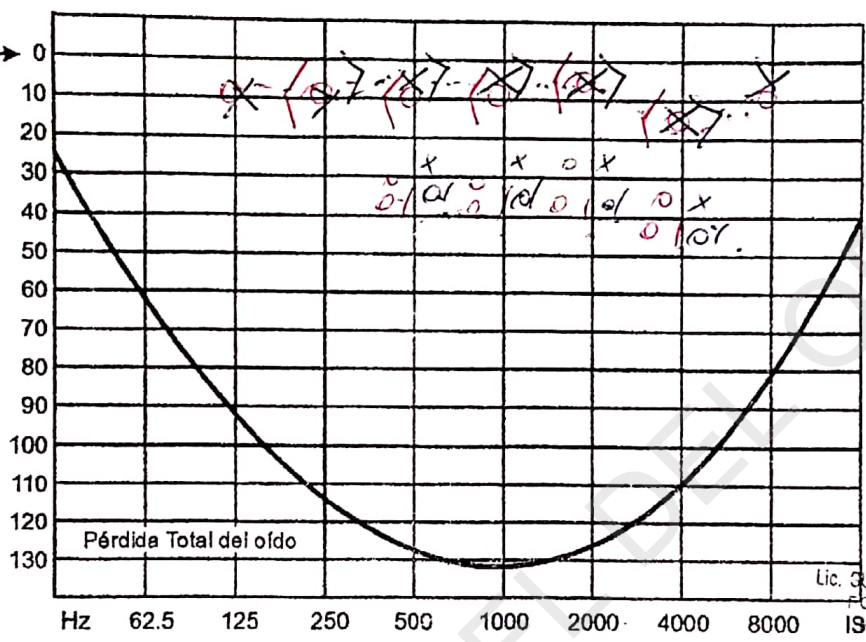
INSTITUTO OTORRINOLARINGOLOGICO
LIC. SUSANA TOMAS DE BRIZ
Corrientes 467 - Tel. 4303143 - 4211165 - S. M. de Tucumán

AUDIOMETRIA

Fecha: 09.10.19 N°E: 1 Ficha N°:
Nombre: Pablo Ojeda, Alvarez Edad: 66 años
Audiómetro: 5229 Ambiente: CA Dr. a Ragonesi

PROMEDIO
NORMAL

Nivel del Umbral auditivo en db



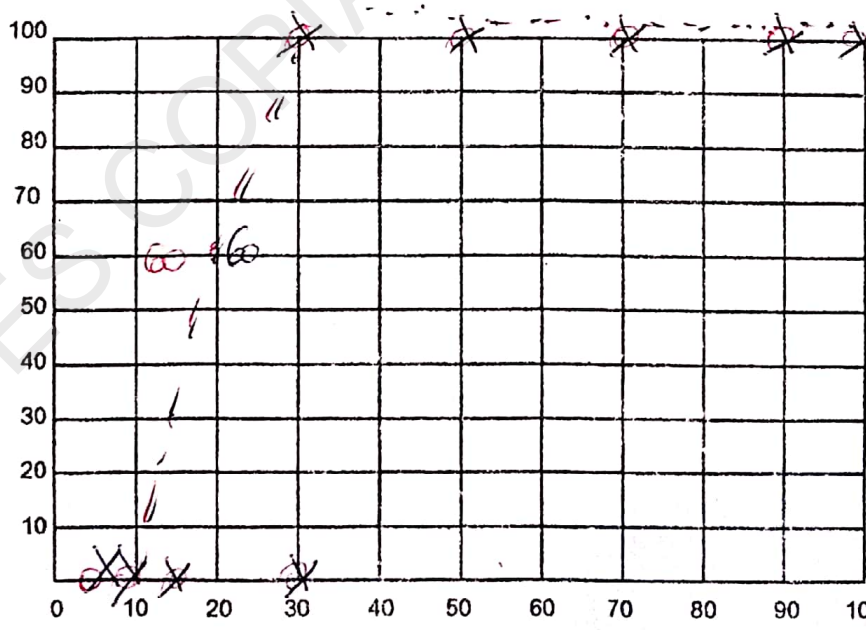
10 aif
10 1 0
tom c/=
PE 0 /.

Colaboración
Lic. SUSANA TOMAS de BRIZ
FONOAUDIOLOGA
MAT. PROF. 662

LOGOAUDIOMETRIA

Fecha: 09.10.19 N°E: 1 Ficha N°:

% de Palabras Correctas



10 1 0
tom =
R 0 /.

Colaboración
Lic. SUSANA TOMAS de BRIZ
FONOAUDIOLOGA
MAT. PROF. 662

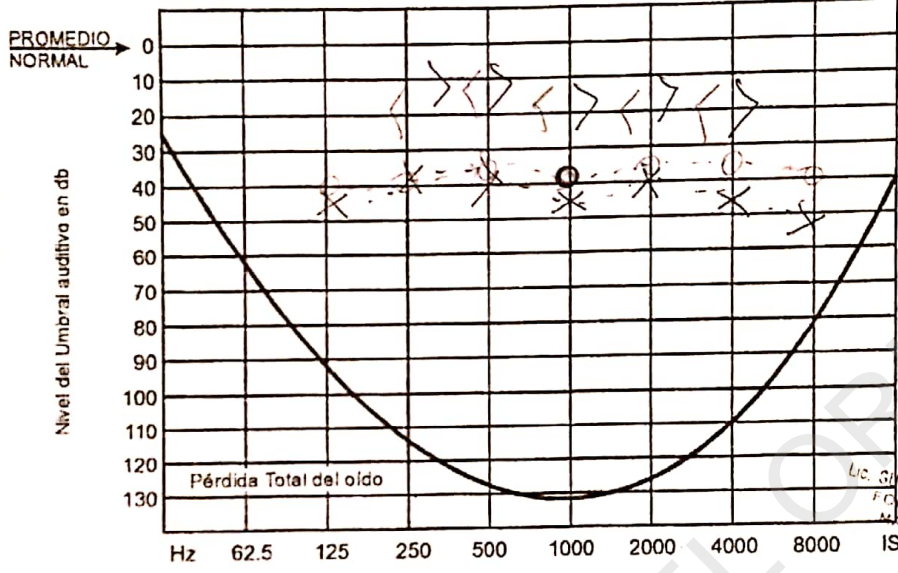
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



INSTITUTO OTORRINOLARINGOLOGICO
LIC. SUSANA TOMAS DE BRIZ
Corrientes 467 - Tel. 4303143 - 4211165 - S. M. de Tucumán

AUDIOMETRIA

Fecha: 16-10-19 N°E 2 Ficha N°
Nombre: Pablo Oscar, Alvarez Edad: 62-
Audiómetro: A. PD25 Ambiente: CR Dr. a. Ragomasi



10 aef
1016
form
1016

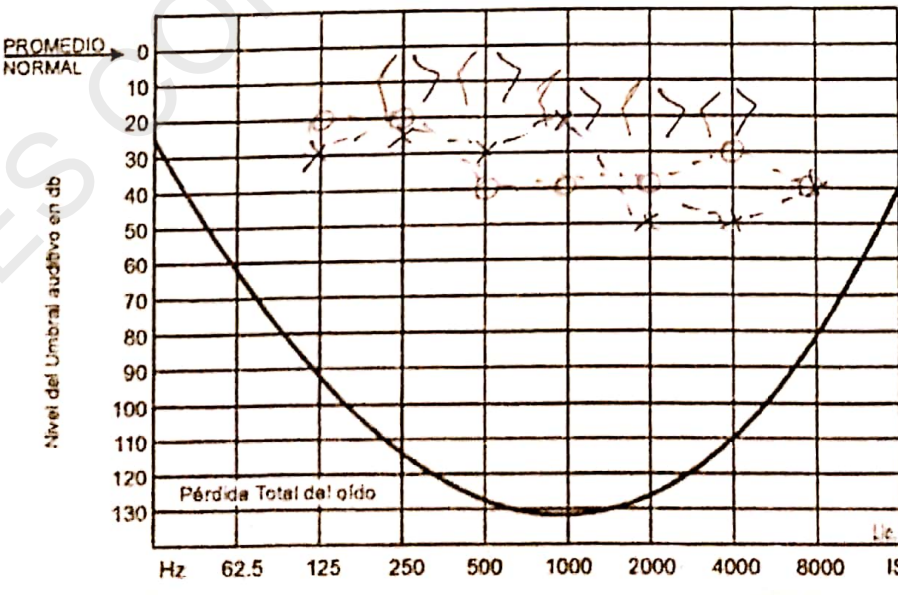
Colaboración
Lic. SUSANA TOMAS de BRIZ
FONOAUDIOLOGA
MAT. PROF. 563



INSTITUTO OTORRINOLARINGOLOGICO
LIC. SUSANA TOMAS DE BRIZ
Corrientes 467 - Tel. 4303143 - 4211165 - S. M. de Tucumán

AUDIOMETRIA

Fecha: 23-10-19 N°E 3 Ficha N°
Nombre: Pablo Oscar, Alvarez Edad: 62-
Audiómetro: PD229 Ambiente: CR Dr. a. Ragomasi



10 aef
1016
form
B001

Colaboración
Lic. SUSANA TOMAS de BRIZ
FONOAUDIOLOGA
MAT. PROF. 563



Ministerio de Producción y Trabajo
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Buenos Aires, 09 de marzo de 2020.-

Proveído: Análisis de Área – Derivación de Expediente.

Que luego de haber sido iniciado el presente trámite la A.R.T./EA. ha remitido, en carácter de declaración jurada, su respuesta al requerimiento inicial conforme lo normado en la Resolución S.R.T. N° 179/15.

Cabe señalar que, si luego de llevarse a cabo la correspondiente Audiencia Médica el profesional médico de la Comisión Médica interviniente considera no contar con documentación necesaria para la emisión del dictamen médico debido a que no se ha podido verificar si esos antecedentes laborales y médicos remitidos por ventanilla Electrónica se corresponden con el siniestro por el cual se inició el presente trámite, se podrá remitir nuevamente las actuaciones al área para realizar un nuevo requerimiento o Nota Correctiva a la A.R.T./EA., a fin de que cumpla con la normativa vigente.

Previo a ello, y dada la particularidad de la situación coyuntural, se deja asentado que no ha sido corroborada la correspondencia de la jurisdicción en la cual se dio inicio al expediente conforme lo normado en la Resolución SRT N° 326/2017.

Por ello, el correspondiente control deberá ser realizado indefectiblemente al momento de la primera presentación del trabajador damnificado previo a la celebración de la audiencia médica oportunamente fijada, verificando que la opción del trabajador sea correspondiente al domicilio real del mismo, al lugar de efectiva prestación de servicios o a la del domicilio laboral donde habitualmente se reporta. Es decir, verificando la dirección consignada en el Documento Nacional de Identidad que acredite ese día o conforme a la dirección laboral que declare según los requisitos establecidos en la Resolución S.R.T. N° 698/17 o Resolución S.R.T. N° 11/18 según corresponda.

Respecto a la Resolución S.R.T. N° 11/18, se deberá verificar la existencia del Establecimiento:

- 1) Si es utilizado el FORMULARIO A, consultando la debida registración del mismo en el Registro Nacional de Accidentes Laborales (Re.N.A.L.).
- 2) Si se utiliza el FORMULARIO B, consultando el N° DE CUIT DEL EMPLEADOR en el registro identificado como "Base Única de ESTABLECIMIENTOS".

Por lo expuesto, la prosecución de la gestión del siniestro de referencia será mediante la intervención de la Comisión Médica Jurisdiccional o Delegación de Comisión Médica Jurisdiccional.

Lic. Lucas Facheli
Área de Administración Integral de Trámites Laborales
Gerencia de Administración de Comisiones Médicas

Estimado ALVAREZ PABLO OSCAR - CUIL 20133381563 - Nro. Documento: 13338156

Estamos tramitando su Expediente con el Nro 6827/20, Motivo: Rechazo de la Contingencia Ley 27348

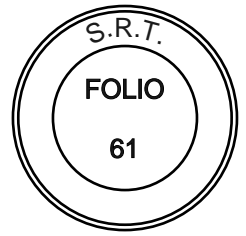
Le informamos que, en virtud del trámite de referencia, Ud. deberá presentarse el día **18/03/2020** a las 07:15 horas, en **la Comisión Médica 001 ubicada en la calle San Martín 287 - SAN MIGUEL DE TUCUMAN - TUCUMAN CP. 4000** para la realización del Examen Médico, el cual será llevado a cabo luego 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.

Por último, le informamos que en el caso que Ud. no concurra, no mediando justificación alguna, se notificará para que dentro de los quince (15) días corridos inste la continuidad del trámite, bajo apercibimiento del archivo de las actuaciones.

No obstante, la incomparecencia a la referida audiencia podrá ser justificada ante los casos de imposibilidad de hecho o fuerza mayor, los cuales deberán estar debidamente acreditados, en forma previa a la celebración de la misma.

Ante cualquier consulta, puede comunicarse al 0800-666-6778 de Lunes a Viernes de 08:00 hs a 19:00 hs

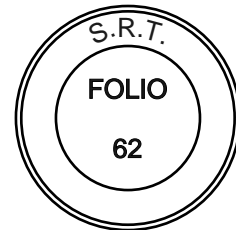


Etiqueta para sobre con estudios para la audiencia médica

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

- 00272 - GALENO
- 20133381563 - ALVAREZ PABLO OSCAR
- Citación: 18/03/2020 07:15
- Expediente SRT: 6827/20

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



FORMULARIO INICIO

Expediente: 6827/20

Tipo de Trámite CM: Rechazo de la Contingencia Ley 27348

Iniciado en: 001 - TUCUMAN

Damnificado

CUIL: 20133381563

Tipo y Nro. Documento: DOCUMENTO UNICO - 13338156

Apellido Nombre: ALVAREZ PABLO OSCAR

Fecha Nacimiento: 30/06/1957

Dirección Electrónica: -

Sexo: M

Teléfono Fijo:

Celular: (0381)155249739

Celular Contacto: -

Domicilio Notificación: Alberto ROUGUES

820 B° SAN CARLOS - TUCUMAN - SAN

MIGUEL DE TUCUMAN - CP: 4000

Solicitante: Damnificado

Domicilios

Accidente-ART-Empleador

Fecha Accidente/PMI: 25/09/2019

Tipo Accidente: Enfermedad Profesional

Intercurrencia: -

Es una Enfermedad No Listada: -

Nro Accidente: 2400243201900937500

CUIT Ocurrencia: 33564217129 - DI BACCO
Y CIA S A

ART/EA: 00272 - GALENO

Empleador: 33564217129 - DI BACCO Y CIA S A

CIIU Principal del Contrato: 259200 - Tratamiento y revestimiento de metales y trabajos de metales en general

Patrocinante

Gratuito: No

CUIL: 20220734561 **Tipo y Nro. de Documento:** DOCUMENTO UNICO- 0022073456

Apellido y Nombre: GONZALEZ MANUEL ANTONIO

Celular: (0381)154478527

Matricula: 5602

Domicilio: bs as 710 - TUCUMAN - SAN MIGUEL DE TUCUMAN - CP: 4000

Dirección Electrónica:

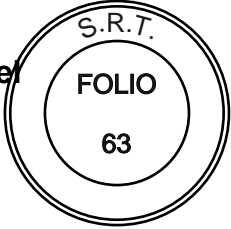
Otros Datos

Derni, Agustín Luis
Subgerencia Médica
18/03/2021

Fecha de Rechazo: 18/10/2019

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

Observaciones: *



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

COPIA FIEL DEL ORIGINAL



Derni, Agustín Luis
Subgerencia Médica
18/03/2020

" En el desempeño de su profesión el abogado
será asimilado a los magistrados en cuanto a su
al respeto y consideración que debe guardarsele "

Ley 5.233 - Art. 5°
San Miguel de Tucumán

Fecha de emisión: 19/04/2005

COLEGIO DE ABOGADOS DE TUCUMAN

CREDENCIAL DE ABOGADO

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

GONZALEZ

MANUEL ANTONIO

Es Abogado ACTIVO

Mat. N°: 8602 Libro: L Folio: 98

M.L. N°: 22.073.456

DE TUCUMAN

Firma

FOLIO

65

Derni, Agustin
Subgerencia Medica
S.R.T.

18/03/2020

Dr. Jorge E. Ponce Ponce

Prosecretario



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR

REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Apellido / Surname

GONZALEZ

Nombre / Name

MANUEL ANTONIO

Sexo / Sex

M

Nacionalidad / Nationality

ARGENTINA

Ejemplar

A

Fecha de nacimiento / Date of birth

28 MAR / MAR 1971

Fecha de emisión / Date of issue

31 MAR / MAR 2011

Fecha de vencimiento / Date of expiry

31 MAR / MAR 2029

Trámite Nº / Of. Ident

00256293566

8130



Documento / Document

22.073.456

Derni, Agustín Luis S.R.T.
Subgerencia Médica
18/03/2020

67

FOLIO



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / Surname
ALVAREZ

Nombre / Name
PABLO OSCAR

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality
M ARGENTINA

Fecha de nacimiento / Date of birth
30 JUN / JUN 1967

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

Fecha de vencimiento / Date of expiry
09 ENE / JAN 2024

Trámite N° / Of. Ident.
00238535266

7025

Derni, Agustin Luis S.R.T.
Subgerencia Medica
18/03/2020

FOLIO

69

Documento / Document

13.338.156





Ministerio de Producción y Trabajo
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

"2019 - AÑO DE LA EXPORTACIÓN"

SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO
INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL TRÁMITE EN COMISIONES MÉDICAS

Sr. Trabajador:

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Por medio de la presente le acercamos la información necesaria para ejercer sus **derechos** y cumplir las **obligaciones** relativas al trámite ante las Comisiones Médicas.

NOTIFICACIONES

Si no pudiera notificarse en persona, será notificado por correo al domicilio que denuncie al inicio del trámite o al domicilio de su apoderado.

IMPOSIBILIDAD DE NOTIFICACIÓN POSTAL

Si Ud. no recibiera el dictamen emitido por la Comisión Médica en un plazo de SESENTA (60) días corridos contados desde la celebración de la audiencia médica, deberá comunicarse telefónicamente al 0800-666-6778 de lunes a viernes de 8 a 19 horas, donde le informarán el estado de su trámite y en caso de haberse dictaminado, deberá presentarse en la Comisión Médica a fin de notificarse fehacientemente del dictamen.

DEVOLUCIÓN DE ESTUDIOS Y CONSTANCIAS MÉDICAS

Si Ud. aportará estudios y/o constancias médicas durante el trámite en Comisiones Médicas deberá retirarlos en un plazo que no podrá exceder los CUARENTA (40) días corridos contados desde la notificación del referido dictamen, siempre que el trámite se encontrara en estado de firme. A fin de resguardar la confidencialidad de la información allí contenida y el secreto profesional, dicha documentación solo podrá ser retirada por Ud. o su apoderado.

En caso de no presentarse en el plazo señalado, se procederá a la remisión de la documentación al archivo externo de esta Superintendencia, donde será almacenada por un plazo de 10 años.

IMPOSIBILIDAD DE DICTAMINAR

Si Ud. no cumpliera en aportar la documentación solicitada por la Comisión Médica o no se presentara a realizarse los estudios médicos requeridos y como consecuencia de ello, no fuera posible emitir dictamen, se procederá a la caducidad y archivo de su trámite.

APELACIÓN

El dictamen emitido por la Comisión Médica 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. Usted 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.

Firma: Pablo Oscar Alarín
Aclaración: Alarín Pablo Oscar
DNI: 13.338.156
Fecha: 18-03-2020



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

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Por medio de la presente, y en virtud de lo previsto en el art. 1° de la Ley 27348, solicito la intervención de la Comisión Médica N° 1. Delegación Tucumán, la cual será competente en virtud de:

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

Domicilio: Alberto Haugers 820

Localidad: S.H. de Tuc. Provincia: Tucumán

Pablo Oscar Alegre Pablo Oscar Alegre

Firma y Aclaración del Damnificado/Apoderado

MANUEL ANTONIO GONZALEZ
ABOGADO
M.P. 5600 - L.L. - F: 98
M.F.T. 00146205

Firma y aclaración del Patrocinio Letrado

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

DATOS DEL EMPLEADO

CUIL: 20133381563

Nombre y Apellido: ALVAREZ PABLO OSCAR

F. Nacimiento: 30/06/1957

Sexo: M - Masculino

Nro. Documento: 13338156 - DOC.NACIONAL DE IDENTIDAD

Nacionalidad: ARGENTINA

Dirección: ALBERTO ROUGES 000820 SAN MIGUEL DE TUCUMA TUCUMAN 4000

CUILES ASOCIADOS

Cuil Definitiva	Cuil Anterior	Fecha de Asociación	Fecha de Desasociación
-----------------	---------------	---------------------	------------------------

*20133381563

(*) Cuil Definitiva

Accidentes del Trabajador

Fecha	Tipo	Cat	Accidente	ART	Días s ILT	Forma Accidente	CUIT emplead or	Empleador
25/09/2019	Enfermedad Profesional	RE	2400243201900937500	GALENO	0	-	33564217129	DI BACCO Y CIA S A
24/01/2017	Reingreso	CB	1716675201700431501	PREVENCION	13	103 - Caídas de personas que ocurren al mismo nivel	33564217129	DI BACCO Y CIA S A
19/01/2017	In Itinere	CB	1716675201700431500	PREVENCION	4	103 - Caídas de personas que ocurren al mismo nivel	33564217129	DI BACCO Y CIA S A
04/09/2006	Accidente Laboral	CB	402523200604989100	PREVENCION	21	997 - Choque contra objetos	20080925884	BARAN FRANCISCO SOLANO
05/09/2000	Reingreso	CB	124075	PREVENCION	6	997 - Choque contra objetos	30697160767	MAQUINTUC S R L
10/12/1999	Accidente Laboral	CB	99115	PREVENCION	17	997 - Choque contra objetos	30697160767	MAQUINTUC S R L



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

"2020 - Año del General Manuel Belgrano"

Fecha: 18/03/2020 08:25:58

ACTA DE AUDIENCIA MÉDICA

DATOS PRINCIPALES

Nro. Expte SRT: 6827/20
Comisión Médica: 001 - TUCUMAN
Localidad: SAN MIGUEL DE TUCUMAN
Damnificado: 20133381563 - ALVAREZ PABLO OSCAR - DOC.NACIONAL DE IDENTIDAD - 13338156
Fecha Nacimiento: 30/06/1957
Edad: 62
ART/EA: 00272 - GALENO
Nro AT/EP: 2400243201900937500

DATOS DE LA AUDIENCIA

Motivo de la Presentación: Rechazo de la Contingencia Ley 27348

Concurrentes:

Asesor Letrado: GONZALEZ MANUEL ANTONIO - MP 5602
Damnificado: ALVAREZ PABLO OSCAR
Perito Médico de la ART/EA: Dr. Fernando Khozameh - MP 5468

Tipo de AT/EP: Enfermedad Profesional

Intercurrencia: NO

1era Manifestación: 25/09/2019

Sector de Trabajo: Dibaco y Cia (metalúrgica)

Tareas Habituales del Damnificado: Operario en caldera

Antigüedad en la Tarea: 19 años

Antigüedad en la Empresa: 19 años

Agentes de Riesgo: RUIDO

Es correcto: SI

PREEXISTENCIAS

Nro Expte: 363321/19, Motivo: Rechazo por Enfermedad no Listada, CM o OHV del Dictamen: -, Fecha de ATEP: -, Fecha del Dictamen: -, Porc. Incapacidad: -, Tipo: -, Grado: -, Carácter: -, Estado Actual: -, Fecha del Estado Actual:

Otras Preexistencias: No constan

DESCRIPCIÓN DEL AT/EP

Suspende Tareas: NO

Relato: De lunes a viernes con una carga horaria de 9 hs. Refiere que empezó marzo del 2015 con hipoacusia en las conversaciones cotidianas en ambos oídos, mas acentuado en el oído izquierdo. Consultó por su OS le hicieron audiometrías y le diagnosticaron hipoacusia. Incremento la disminución de la audición y se sumaron zumbidos en el oído izquierdo por lo que denuncia el siniestro como enfermedad profesional en la ART. La ART le realiza 3 audiometrías y rechaza el siniestro mediante telegrama de fecha 22/10/2019 por ausencia de patología.

Descripción de Tarea y puesto de trabajo: Trabaja 9 hs por día con equipo de soldadura, amoladora para pulir las piezas metálicas, equipos de corte, martillos y hornos industriales que emiten ruidos. Equipo de oxicorte.

Estudios y Tratamientos Recibidos: Por OS: audiometrías. Por ART: ORL y 3 audiometrías.

GONZALEZ MANUEL ANTONIO
MP 5602

Asesor Letrado

ALVAREZ PABLO OSCAR

Damnificado

Dr. Fernando Khozameh
MP 5468

Perito Médico de la ART/EA

Gallac Alamino, Eduardo
Matr. Nac. 116270

Expediente: 6827/20

Emisión: 18/03/2020 08:25

Página 1 de 3

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

EXAMEN FÍSICO

Miembro Hábil Superior: Derecho

Hipoacusia

Antecedentes hereditarios y familiares: Niega

Antecedentes ORL: Niega

Nivel conversacional para la palabra hablada adecuado: NO

Refiere el damnificado que por trabajar en ambiente ruidoso como: Equipos de soldadura y oxicorte, amoladora, manejo de martillos, horno industrial.

Refiere que utiliza protectores auditivos: Si, endoaurales o de copa dependiendo si usa careta o no.

Refiere que realizó consultas médicas por la patología ORL: Si

Realizó los estudios según normativa: Si

Situación laboral actual: En actividad

Se le realizaron exámenes periódicos y/o preocupacionales: SI EPO. SI EPE

Con audiometría tonal: SI

Expuesto a productos tóxicos: NO

Pabellones Auriculares: Pabellones auriculares: sin alteraciones.

Conductos auditivos externos impresionan permeables: SI

Síntomas: Conductos auditivos externos: impresionan permeables.

Observaciones: EXAMEN DE LA AUDICIÓN: Exposición a ruido: si refiere. Otalgia: no refiere. Zumbidos: si refiere. Disminución de la audición: si refiere. Mareo y/o Vértigo: no refiere. Pabellones auriculares: sin alteraciones. Conductos auditivos externos: impresionan permeables.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: Hipoacusia

INDICACIONES/ESTUDIOS SOLICITADOS

Indicaciones/Estudios Solicitados: SI

Estudios Solicitados:

- 31.01.002 - AUDIOMETRIA X3
- 31.01.003 - LOGO AUDIOMETRIA
- 31.01.512 - SIMULACION O PRUEBA DE JUICIO O TEST DE LOMBARDO
- 42.01.005 - INTERCONSULTA ORL (INCLUYE LARINGOSCOPIA INDIRECTA)

Observaciones:--

Especifique:--

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



GONZALEZ MANUEL ANTONIO
MP 5602

Asesor Letrado

ALVAREZ PABLO OSCAR

Damnificado

Dr. Fernando Khozameh
MP 5468

Perito Médico de la ART/EA

Gallac Alamino, Eduardo
Matr. Nac. 116270

Expediente: 6827/20



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Observaciones: Por damnificado: solicito se le otorguen prestaciones médicas. Por ART: ratifico postura de la aseguradora.

FIRMANTES

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

GONZALEZ MANUEL ANTONIO
MP 5602
Asesor Letrado

ALVAREZ PABLO OSCAR
Damnificado

Dr. Fernando Khozameh
MP 5468
Perito Médico de la ART/EA

Gallac Alamino, Eduardo
Matr. Nac. 116270

Expediente: 6827/20



"2020 - Año del General Manuel Belgrano"

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

Fecha: 18/03/2020 08:25:58

ACTA DE AUDIENCIA MÉDICA

DATOS PRINCIPALES

Nro. Expdte SRT: 6827/20

Comisión Médica: 001 - TUCUMAN

Damnificado: 20133381563 - ALVAREZ PABLO OSCAR - DOC.NACIONAL DE IDENTIDAD - 13338156

Fecha Nacimiento: 30/06/1957

Edad: 62

ART/EA: 00272 - GALENO

Nro AT/EP: 2400243201900937500

DATOS DE LA AUDIENCIA

Motivo de la Presentación: Rechazo de la Contingencia Ley 27348

Concurrentes:

Asesor Letrado: GONZALEZ MANUEL ANTONIO - MP 5602

Damnificado: ALVAREZ PABLO OSCAR

Perito Médico de la ART/EA: Dr. Fernando Khozameh - MP 5468

Tipo de AT/EP: Enfermedad Profesional

Intercurrencia: NO

1era Manifestación: 25/09/2019

Sector de Trabajo: Dibaco y Cia (metalúrgica)

Tareas Habituales del Damnificado: Operario en caldera

Antigüedad en la Tarea: 19 años

Antigüedad en la Empresa: 19 años

Agentes de Riesgo: RUIDO

Es correcto: SI

PREEXISTENCIAS

Nro Expte: 363321/19, Motivo: Rechazo por Enfermedad no Listada, CM o OHV del Dictamen: -, Fecha de ATEP: -, Fecha del Dictamen: -, Porc. Incapacidad: -, Tipo: -, Grado: -, Carácter: -, Estado Actual: -, Fecha del Estado Actual:

Otras Preexistencias: No constan

DESCRIPCIÓN DEL AT/EP

Suspende Tareas: NO

Relato: De lunes a viernes con una carga horaria de 9 hs. Refiere que empezó marzo del 2015 con hipoacusia en las conversaciones cotidianas en ambos oídos, mas acentuado en el oído izquierdo. Consultó por su OS le hicieron audiometrías y le diagnosticaron hipoacusia. Incremento la disminución de la audición y se sumaron zumbidos en el oído izquierdo por lo que denuncia el siniestro como enfermedad profesional en la ART. La ART le realiza 3 audiometrías y rechaza el siniestro mediante telegrama de fecha 22/10/2019 por ausencia de patología.

Descripción de Tarea y puesto de trabajo: Trabaja 9 hs por día con equipo de soldadura, amoladora para pulir las piezas metálicas, equipos de corte, martillos y hornos industriales que emiten ruidos. Equipo de oxicorte.

Estudios y Tratamientos Recibidos: Por OS: audiometrías. Por ART: ORL y 3 audiometrías.

GONZALEZ MANUEL ANTONIO
MP 5602

Asesor Letrado

ALVAREZ PABLO OSCAR

Damnificado

Dr. Fernando Khozameh
MP 5468

Perito Médico de la ART/EA

Gallac Alamino, Eduardo
Matr. Nac. 116270

Expediente: 6827/20

Emisión: 18/03/2020 08:25

Página 1 de 3

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

EXAMEN FÍSICO

Miembro Hábil Superior: Derecho

Hipoacusia

Antecedentes hereditarios y familiares: Niega

Antecedentes ORL: Niega

Nivel conversacional para la palabra hablada adecuado: NO

Refiere el damnificado que por trabajar en ambiente ruidoso como: Equipos de soldadura y oxicorte, amoladora, manejo de martillos, horno industrial.

Refiere que utiliza protectores auditivos: Si, endoaurales o de copa dependiendo si usa careta o no.

Refiere que realizó consultas médicas por la patología ORL: Si

Realizó los estudios según normativa: Si

Situación laboral actual: En actividad

Se le realizaron exámenes periódicos y/o preocupacionales: SI EPO. SI EPE

Con audiometría tonal: SI

Expuesto a productos tóxicos: NO

Pabellones Auriculares: Pabellones auriculares: sin alteraciones.

Conductos auditivos externos impresionan permeables: SI

Síntomas: Conductos auditivos externos: impresionan permeables.

Observaciones: EXAMEN DE LA AUDICIÓN: Exposición a ruido: si refiere. Otalgia: no refiere. Zumbidos: si refiere. Disminución de la audición: si refiere. Mareo y/o Vértigo: no refiere. Pabellones auriculares: sin alteraciones. Conductos auditivos externos: impresionan permeables.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: Hipoacusia

INDICACIONES/ESTUDIOS SOLICITADOS

Indicaciones/Estudios Solicitados: SI

Estudios Solicitados:

•31.01.002 - AUDIOMETRIA X3

•31.01.003 - LOGO AUDIOMETRIA

•31.01.512 - SIMULACION O PRUEBA DE JUICIO O TEST DE LOMBARDO

•42.01.005 - INTERCONSULTA ORL (INCLUYE LARINGOSCOPIA INDIRECTA)

Observaciones:--

Especifique:--

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

GONZALEZ MANUEL ANTONIO

MP 5602

Asesor Letrado

ALVAREZ PABLO OSCAR

Damnificado

Dr. Fernando Mozañich

MP 5468

Perito Médico de la ART/EA

Gallac Alamino, Eduardo

Matr. Nac. 116270

Expediente: 6827/20

Emisión: 18/03/2020 08:25

Página 2 de 3

Observaciones: Por damnificado: solicito se le otorguen prestaciones médicas. Por ART: ratifico postura de la aseguradora.

FIRMANTES

GONZALEZ MANUEL ANTONIO

MP 5602

Asesor Letrado

ALVAREZ PABLO OSCAR

Damnificado

Dr. Fernando Koozameh

MP 5488

Perito Médico de la ART/EA

Gallac Alamino, Eduardo

Matr. Nac. 116270

Expediente: 6827/20

Emisión: 18/03/2020 08:25

Página 3 de 3

SRT

SUPERINTENDENCIA DE
RIESGOS DEL TRABAJO

Orden Prestador

Fecha: 18/03/2020

Comisión:	001.Tucumán
TRAMITE :	LABORAL
Nº de Expediente SRT:	6827/20
Apellido y Nombre del Afiliado:	ALVAREZ PABLO OSCAR
C.U.I.L./C.U.I.T.:	20-13338156-3
A.F.J.P./A.R.T.:	GALENO A.R.T. S.A.
Médico que solicitó los Estudios:	Dr. Gallac
Apellido y Nombre del Profesional Actuante o Razón Social:	Instituto Stok Soc. Col.
Lugar donde se efectuarán los estudios:	Av. Sarmiento 78
Localidad / Código Postal:	TUCUMAN / 4000
Provincia:	TUCUMAN
Teléfonos/Fax:	4311618/ 4212611/ 4226245

31.01.002-AUDIOMETRIA-1
31.01.002-AUDIOMETRIA-1
31.01.002-AUDIOMETRIA-1
31.01.003-LOGO AUDIOMETRIA-1
31.01.512-SIMULACION O PRUEBA DE JUICIO (COMPRENDE A.T. CONVENCIONAL, LOGO
CONVENCIO-1
42.01.005-INTERCONSULTA OTORRINOLARING (INCLUYE OTOMICROSCOPIA Y
LARINGOSCOPIA)-1

Fecha de Prestación: 18/03/2020

Hora de Prestación: 00:00 Hs.

Sr. Trabajador, se le informa que para efectuar los estudios solicitados Ud. deberá concurrir munido de Documento Nacional de Identidad y lentes y/o audifonos, en caso de utilizarlos.

Si por causa debidamente justificada Ud. no hubiera podido presentarse al turno asignado, deberá presentarse ante el Organismo en un plazo de DIEZ (10) días hábiles contados desde la fecha en que debió realizarse la práctica, para solicitar un nuevo turno.

Si Ud. no se presentara a la realización de los estudios solicitados y no cumpliera en justificar la causa en el plazo destacado, se procederá al estudio de las actuaciones con los informes que figuren en éstas y se emitirá dictamen. De no ser suficiente la documentación médica obrante en el expediente, se procederá a la CADUCIDAD Y ARCHIVO del trámite.

PARA REALIZAR LOS ESTUDIOS DEBE PRESENTARSE CON LAS ÓRDENES ORIGINALES. EN CASO CONTRARIO NO PODRÁ SER ATENDIDO.

SI UD. ESTA EMBARAZADA O POSEE ALGUNA CONDICION MEDICA POR LA CUAL ESTE ESTUDIO PODRIA ESTAR CONTRAINDICADO, POR FAVOR CONSULTE A SU MEDICO DE CABECERA. SI ESTE LE CONTRAINDICA EL ESTUDIO, POR FAVOR ACERQUE EL CERTIFICADO MEDICO CORRESPONDIENTE PARA QUE SEA ADJUNTADO AL EXPEDIENTE.

Resumen Orientador para el Prestador: STOCK: lunes a viernes de 8 a 11 por orden de llegada - pasaje garcía 923-

Comisión Médica

Comisión Médica

Recepción de Original y/o
Estudios

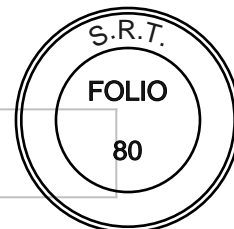
Matias Isla
Administrativo

Comis. Médica Nº 91 Tuc. SRT

Orden Prestador - 6827/20 - Hoja 1 de 2

Pablo Oscar Alvarez

Pablo Oscar Alvarez



Comisión: 001.Tucumán

Fecha: 18/03/2020 Hora: 08:42

TRAMITE LABORAL

C.U.I.L./C.U.I.T: 20-13338156-3

Nº de Expediente SRT: **6827/20**

A.R.T.: GALENO A.R.T. S.A.

Siniestro Nro: 2400243201900937500

Motivo Presentación: Rechazo de la Contingencia
Ley 27348

DATOS DEL DAMNIFICADO

Apellido y Nombre : ALVAREZ PABLO OSCAR

Domicilio: ALBERTO ROUGUES 820 B° SAN CARLOS

Localidad: SAN MIGUEL DE TUCUMAN C.P.: 4000

Provincia: TUCUMAN

T.E.:

Estudios y/o Prácticas Solicitados

Completo

Código	Descripción de la práctica	Prestador	Fecha Solicitud	Fecha Prestación	Fecha Recepción	Médico Solicitante
31.01.002	AUDIOMETRIA	Instituto Stok	18/03/2020	18/03/2020	15/07/2020	Dr. Gallac
31.01.002	AUDIOMETRIA	Soc. Col.	18/03/2020	18/03/2020	15/07/2020	Dr. Gallac
31.01.002	AUDIOMETRIA	Instituto Stok	18/03/2020	18/03/2020	15/07/2020	Dr. Gallac
31.01.003	LOGOAUDIOMETRI	Soc. Col.	18/03/2020	18/03/2020	15/07/2020	Dr. Gallac
31.01.512	A	Instituto Stok	18/03/2020	18/03/2020	15/07/2020	Dr. Gallac
42.01.005	SIMULACION O	Soc. Col.	18/03/2020	18/03/2020	15/07/2020	Dr. Gallac
	PRUEBA DE JUICIO	Instituto Stok				
	(COMPRENDE	Soc. Col.				
	INTERCONSULTA	Instituto Stok				
	OTORRINOLARING	Soc. Col.				
	(INCLUYE OT	Instituto Stok				
		Soc. Col.				

Domicilio de Prestadores

Instituto Stok Soc. Col.

---> Av. Sarmiento 78 / TUCUMAN / (4000) TUCUMAN / Tel: 4311618/ 4212611/ 4226245

SI UD ESTA EMBARAZADA O POSEE ALGUNA CONDICION MEDICA POR LA CUAL ESTE ESTUDIO PODRIA ESTAR CONTRAINDICADO, POR FAVOR CONSULTE A SU MEDICO DE CABECERA. SI ESTE LE CONTRAINDICA EL ESTUDIO, POR FAVOR ACERQUE EL CERTIFICADO MEDICO CORRESPONDIENTE PARA QUE SEA ADJUNTADO AL EXPEDIENTE.

Fecha: 18/03/2020 - Firma: Matias Isla



"2020 - Año del General Manuel Belgrano"

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

Fecha: 05/08/2020 19:30

DICTAMEN MEDICO

DATOS PRINCIPALES

Nro. Expediente SRT: 6827/20
Comisión Médica: 001 - TUCUMAN

Fecha Inicio Trámite: 08/01/2020
Localidad: SAN MIGUEL DE TUCUMAN

DAMNIFICADO

Damnificado: 20133381563 - ALVAREZ PABLO OSCAR - DOCUMENTO UNICO - 13338156
Fecha de nacimiento: 30/06/1957 Edad: 63
Sexo: M
Domicilio notificación: Alberto ROUGUES 820 B° SAN CARLOS
Localidad notificación: SAN MIGUEL DE TUCUMAN - TUCUMAN - CP:4000
A.R.T./E.A.: 00272 - GALENO Nro AT/EP: 2400243201900937500
Empleador: 33564217129 - DI BACCO Y CIA S A
Tareas Habituales del Damnificado: Operario en caldera
Antigüedad en la Empresa: 19 años Antigüedad en la Tarea: 19 años

FUNDAMENTOS Y DESCRIPCION DEL ACCIDENTE/ENFERMEDAD

Motivo de la presentación: Rechazo de la Contingencia Ley 27348
Tipo de AT/EP: Enfermedad Profesional
Intercurrencia: NO
Fecha 1era Manifestación: 25/09/2019
Suspende tareas: NO
Relato: De lunes a viernes con una carga horaria de 9 hs. Refiere que empezó marzo del 2015 con hipoacusia en las conversaciones cotidianas en ambos oídos, mas acentuado en el oído izquierdo. Consultó por su OS le hicieron audiometrías y le diagnosticaron hipoacusia. Incremento la disminución de la audición y se sumaron zumbidos en el oído izquierdo por lo que denuncia el siniestro como enfermedad profesional en la ART. La ART le realiza 3 audiometrías y rechaza el siniestro mediante telegrama de fecha 22/10/2019 por ausencia de patología.
Estudios y Tratamientos Recibidos: Por OS: audiometrías. Por ART: ORL y 3 audiometrías.
Sector de Trabajo: Dibaco y Cia (metalúrgica)
Fecha Alta Médica:
Agente de Riesgo: RUIDO

PREEXISTENCIAS

Nro Expte: 363321/19, Motivo: Rechazo por Enfermedad no Listada, CM o OHV del Dictamen: -, Fecha de ATEP: ,

Eduardo Gallac Alamino
Matr. Nac. 116270
001 - TUCUMAN
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Expediente: 6827/20

Emisión: 05/08/2020 19:30

Página 1 de 4

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Fecha del Dictamen: , Porc. Incapacidad: -, Tipo: -, Grado: -, Carácter: -, Estado Actual: -, Fecha del Estado Actual:

No constan

EXAMEN FÍSICO

Miembro Hábil Superior: Derecho

Hipoacusia

Antecedentes hereditarios y familiares: Niega

Antecedentes ORL: Niega

Nivel conversacional para la palabra hablada adecuado: NO

Refiere el damnificado que por trabajar en ambiente ruidoso como: Equipos de soldadura y oxicorte, amoladora, manejo de martillos, horno industrial.

Refiere que utiliza protectores auditivos: Si, endoaurales o de copa dependiendo si usa careta o no.

Refiere que realizó consultas médicas por la patología ORL: Si

Realizó los estudios según normativa: Si

Situación laboral actual: En actividad

Se le realizaron exámenes periódicos y/o preocupacionales: SI EPO. SI EPE

Con audiometría tonal: SI

Expuesto a productos tóxicos: NO

Pabellones Auriculares: Pabellones auriculares: sin alteraciones.

Conductos auditivos externos impresionan permeables: SI

Síntomas: Conductos auditivos externos: impresionan permeables.

Observaciones: EXAMEN DE LA AUDICIÓN: Exposición a ruido: si refiere. Otalgia: no refiere. Zumbidos: si refiere. Disminución de la audición: si refiere. Mareo y/o Vértigo: no refiere. Pabellones auriculares: sin alteraciones. Conductos auditivos externos: impresionan permeables.

ESTUDIOS Y/O DOCUMENTACIÓN PRESENTADA

SE COMUNICA A LAS PARTES INTERVINIENTES QUE TODA LA PRUEBA INCORPORADA AL EXPEDIENTE HA SIDO EVALUADA PREVIO A LA EMISION DEL PRESENTE DICTAMEN. SE CONSIGNA A CONTINUACIÓN EL EXTRACTO DE LOS ELEMENTOS PROBATORIOS QUE ESTA COMISION MÉDICA ENTIENDE ESENCIALES Y DECISIVOS PARA LA CORRECTA PROSECUCION DE LAS ACTUACIONES, CONFORME LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVA VIGENTE. Telegrama de rechazo de ART de fecha 22/10/2019 por ausencia de patología. Telegrama de denuncia del damnificado de la enfermedad profesional con fecha de telegrama 23/09/2019. Examen periódico de fecha 27/02/2018 con audiometría OID 100 db y OII 110 db. Examen periódico de fecha 27/11/2018 con audiometría OID 95 db y OII 90 db. Examen periódico de fecha 24/06/2019 con audiometría OID 90 db y OII 95 db. RAR con exposición al ruido. Informe investigación de posible enfermedad profesional de fecha 22/10/2019: SI EXPUESTO al Agente de riesgo RUIDO 90001. Evoluciones médicas. 30/09/2019 SE CITA POR CD EL DIA 07/10/2019 CON DR. KHOAMEH 07/10/2019 PACIENTE DE 62 AÑOS, REFIERE QUE TIENE DISMINNUCION DE LA AUDICION DE AMBOS OIDOS ACOMPAÑADO DE ZUMBIDOS, DESDE HACE UN AÑO MAS EN EL OIDO IZQUIERDO, HACE 18 AÑOS QUE TRABAJA EN LA EMPRESA EN EL MISMO SECTOR, UTILIZA TAPONES EN LOS OIDOS DESDE QUE ENTRO A TRABAJAR, PERO DESDE EL AÑO PASADO PIDIO EL DE COPA. REIFERE QUE HAY MAQUINAS QUE PROVOCAN RUIDOS, COMO EL CORTADOR QUE TRABAJA CON AIRE A PRESION (ARCAI), CADENA DE LOS HORNOS Y MOTORES DE



Eduardo Gallac Alamino

Matr. Nac. 116270

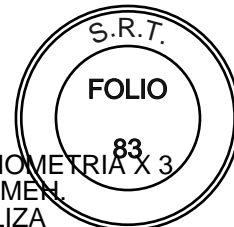
001 - TUCUMAN

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Expediente: 6827/20

Emisión: 05/08/2020 19:30

Página 2 de 4



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

LOS MISMOS QUE GENERAN MUCHO RUIDO, AMOLADORAS INDUSTRIALES. SOLICITO AUDIOMETRIA X 3 LOGO AUDIOMETRIA, PRUEBA DE SIMULACION E IC CON ORL. SOLICITO CYMAT. DR KHOZAMEN. 09/10/2019 PACIENTE ASISTIDO DÍA 09-10-19. REFIERE HIPOACUSIA Y ACUFENOS. SE REALIZA TOILETTE DE OÍDOS BAJO MICROSCOPIO POR PRESENCIA DE TAPÓN DE CERA (SOLICITO AUTORIZACIÓN DE PRÁCTICA - OTOMICROSCOPIA + EXTRACCIÓN TAPÓN DE CERA) Y SE DERIVA PARA REALIZAR ESTUDIOS DE AUDICIÓN. MUY ATTE MARIA VIVIANA RAGONESI 17/10/2019 SE ENVIA AUDIO A AUDITORIA. 17/10/2019 PACIENTE DENUNCIA DISMINUCION DE LA AUDICION BILATERAL (CIE 10 H83) SE LO EVALUA Y NO SE CONSTATA SIGNOS PATOLOGICOS POR LO CUAL AMERITE PRESTACIONES. SE SUGIERE RECHAZO DESDE MEDICA POR AUSENCIA DE PATOLOGIA. DR. DIAZ KURAN AUSENCIA DE PATOLOGIA AUSENCIA DE PATOLOGIA 18/10/2019 DE LA EVALUACIÓN MÉDICA EFECTUADA POR ÉSTA ART A RAÍZ DE LA CONTINGENCIA DENUNCIADA, SURGE LA AUSENCIA DE PATOLOGÍA, POR LO TANTO NO CORRESPONDE A GALENO ART OTORGAR PRESTACIÓN ALGUNA EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY 24.557. Audiometría ART 09/10/2019: OID 5 5 5 15 (30db) OII 5 5 5 15 (30). 16/10/2019 OID 40 40 40 40 (160db) OII 40 45 40 45 (170db). 23/10/2019 OID 40 40 40 30 (150db) OII 30 20 50 50 (150db). APORTA SRT INFORME ORL 10/06/2020: integridad de membranas timpánicas. Hipoacusia perceptiva bilateral moderada. Audiometría 28/05/2020 OID 40 40 45 40 (165db). OII 45 40 40 40 (165db). Audiometría 03/06/2020 OID 40 45 45 45 (175 db), OII 45 40 45 45 (175db). Audiometría 10/06/2020 OID 45 45 45 45 (180db), OII 40 45 45 45 (175db).

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: H903 - Hipoacusia neurosensorial, bilateral - Hipoacusia perceptiva bilateral moderada

CONCLUSIONES

Contingencia definida al momento de dictaminar: Enfermedad Inculpable

CONCLUSIÓN: ...Se inician las presentes actuaciones a solicitud de 20133381563 - ALVAREZ PABLO OSCAR - DOCUMENTO UNICO: 13338156 por el MOTIVO: RECHAZO DE LA DENUNCIA DE LA CONTINGENCIA (ENF. PROFESIONAL): Que se trata de un trabajador que presenta una patología que atribuye a su trabajo. Se desempeña como operario de caldera en empresa metalúrgica desde hace 19 años. Que manifiesta la sintomatología a partir de la fecha 25/09/2019, como primera manifestación invalidante. Que realiza la denuncia en la aseguradora, siendo luego rechazada la misma, a través de carta documento de fecha 22/10/2019. Que esta Comisión Médica realizó el examen físico detallado ut-supra. Que de los estudios obrantes surge: APORTA SRT INFORME ORL 10/06/2020 que evidencia integridad de membranas timpánicas. Hipoacusia perceptiva bilateral moderada. Audiometría 28/05/2020 OID 40 40 45 40 (165db). OII 45 40 40 40 (165db). Audiometría 03/06/2020 OID 40 45 45 45 (175 db), OII 45 40 45 45 (175db). Audiometría 10/06/2020 OID 45 45 45 45 (180db), OII 40 45 45 45 (175db). Vista la documentación obrante en el expediente y los datos obtenidos en la audiencia médica, esta Comisión Médica concluye y dictamina que no se ha corroborado la existencia de la patología denunciada. Las audiometrías aportadas por SRT no presentan las características audiométricas necesarias para establecer la existencia de hipoacusia inducida por ruido del Protocolo de HIR de la Comisión Médica Central (comienzan con perdidas superiores a los 25 db en frecuencias bajas y ausencia de escotoma en frecuencia 4000). Por lo expuesto, el rechazo de la contingencia se considera procedente, sugiriéndose canalizar la atención médica a través de la obra social y/u hospital público y/o profesional de su elección.

Dictamina En Mano: 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

Eduardo Gallac Alamino

Matr. Nac. 116270

001 - TUCUMAN

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Expediente: 6827/20

Emisión: 05/08/2020 19:30

Página 3 de 4



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

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.

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

FIRMAS Y ACLARACIONES

Eduardo Gallac Alamino

Matr. Nac. 116270

001 - TUCUMAN

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Expediente: 6827/20

RETORNAR A:

SRT C. M. N° 1 - TUCUMÁN
 San Martín 287
 C.P.: 4000 - S.M.T. - Tucumán

Inf SRT
Nº 6827/ro

CORREO
 ARGENTINO

FIDELIDAD FIEL DEL ORIGINAL

EC988322400

AR
 Aviso de Recibo

25/08/2020

Subgerencia Médica

Fraternico, Lisley Luciana

DESTINATARIO: Apellido y Nombre o Razón Social:

Alvarez Lazo Oscar

Domicilio:

3º San Carlos
Antonio Rozovsky Pto

Cód. Post. Arg.:

4000

Localidad:

SMT

Provincia:

Tucumán

RECIBI CONFORME EL ENVIO

Fecha

Hora

Firma

Aclaración

NO ESCRIBIR SOBRE LA FIANZA
 (RESERVADA PARA CORREO ARGENTINO)

85

FOLIO

S.R.T.



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

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN

Ciudad Tuamahu, Fecha 18 de Enero de 2021

Ref.: Expediente S.R.T. N° 6827/20

En el día de la fecha comparece Alvarez Pablo Oscar, documento de identidad N°
13.338.156, en su carácter de titular, quien acredita tal carácter
según documentación que se adjunta en este acto al presente formulario de Notificación, con domicilio
en A. Douquez 820 B. San Carlos Teléfono: 3815524938 a fin de notificarse
fehacientemente del Dictamen emitido por esta Comisión Médica N° 01 en fecha 05/08/20.

[Firma del compareciente]

Matías Isla
Administrativo
Comis. Médica N° 01 - Tuc. - S.R.T.

[Firma del funcionario interviniente]



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

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN

Ciudad Tuamahu, Fecha 18 de Enero de 2021

Ref.: Expediente S.R.T. N° 6827/20

En el día de la fecha comparece Alvarez Pablo Oscar, documento de identidad N°
13.338.156, en su carácter de titular, quien acredita tal carácter
según documentación que se adjunta en este acto al presente formulario de Notificación, con domicilio
en A. Douquez 820 B. San Carlos Teléfono: 3815524938 a fin de notificarse
fehacientemente del Dictamen emitido por esta Comisión Médica N° 01 en fecha 05/08/20.

[Firma del compareciente]

Matías Isla
Administrativo
Comis. Médica N° 01 - Tuc. - S.R.T.

[Firma del funcionario interviniente]



TUCUMAN, 04/02/2021
Ref.: Expediente SRT N° 6827/20

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

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



SOLICITUD DE ARCHIVO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 04/02/2021
Ref.: Expediente SRT N° 6827/20

Habiendo finalizado la gestión del expediente de referencia, Archívese.


Ortiz, Mariano
Subgerencia Médica