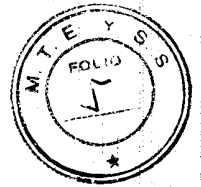




Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Superintendencia de Riesgos del Trabajo



ANEXO I

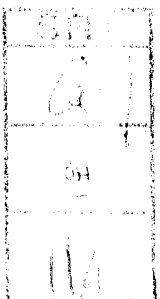
Procedimiento Administrativo para la Denuncia de Enfermedades Profesionales

1. Instrucciones e información:

- 1.1. La Aseguradora de Riesgos del Trabajo (A.R.T.) elaborará y entregará material informativo a los empleadores sobre los pasos a ejecutar en caso de enfermedad profesional, conforme establecen las Resoluciones de esta SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) N° 70 de fecha 1° de octubre de 1997 (Artículo 1° y 3°), N° 310 de fecha 10 de septiembre de 2002 y N° 502 de fecha 12 de diciembre de 2002.
- 1.2. El material informativo será entregado al empleador en el momento de la afiliación/renovación, o durante la primera visita que se efectúe al mismo, adjunto a la entrega de los instrumentos para formalizar la denuncia, en un formato tal que asegure su comprensión y facilite su comunicación, dejando constancia escrita de dicha entrega.
- 1.3. El material informativo o cualquier otra documentación de importancia para la adecuada atención de una enfermedad profesional deberá ser actualizado cuando se produzca alguna modificación.
- 1.4. Los empleadores deberán poner en conocimiento de los trabajadores las instrucciones pertinentes recibidas de la A.R.T. acerca del procedimiento a seguir en caso de enfermedad profesional, dejando constancia escrita con la firma de cada trabajador.

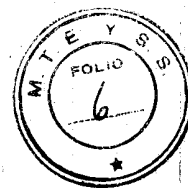
2. Obligación de los trabajadores

Los trabajadores están obligados, siempre y cuando su condición médica lo





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



ANEXO I

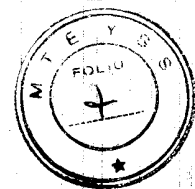
permita, a informar en forma inmediata al empleador todas las enfermedades profesionales que ocurran por el hecho o en ocasión del trabajo, por sí mismos o a través de un tercero.

3. Atención del trabajador enfermo:

- 3.1. Cuando el trabajador reportara al empleador una enfermedad profesional, el empleador gestionará en forma inmediata las prestaciones en especie que debieran brindarse al trabajador de acuerdo a las instrucciones que recibiera oportunamente de parte de la A.R.T.. Dicha atención también podrá ser gestionada directamente ante la A.R.T. o un prestador por ella habilitado, por el propio trabajador, sus derechohabientes o cualquier persona que haya tenido conocimiento de la contingencia.
- 3.2. El trabajador enfermo recibirá del prestador médico, en forma inmediata las prestaciones en especie definidas por la normativa vigente. El empleador a fin de facilitar la atención del trabajador proporcionará al prestador, Nombre y Apellido del trabajador, N° de C.U.I.L., Razón Social del empleador, N° de C.U.I.T. y A.R.T. motivo o lesión por la que se solicita la atención, agente causante de la lesión, tarea que desarrolla el trabajador, a través del instrumento que la A.R.T. tenga implementado. La demora en la entrega de dicha información no será admitida como motivo para justificar la falta de asistencia médica. El prestador dejará constancia escrita en la Historia Clínica de la fecha y hora de la primera atención.



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



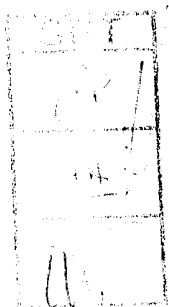
ANEXO I

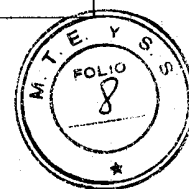
3.3. El trabajador recibirá del prestador asistencial una Constancia de Asistencia Médica (de conformidad al Anexo II Formulario A de la presente) en la que quedará documentado el motivo de la consulta, sus datos personales y, de ser posible de determinar, la fecha de vuelta al trabajo.

Si la contingencia fuera sin días de baja laboral, la Constancia de Asistencia Médica debidamente firmada y sellada por el profesional, reemplazará al formulario de Finalización de la Incapacidad Laboral Temporal.

4. Denuncia de Enfermedad Profesional:

4.1. El empleador complementará a la información ya brindada conforme lo dispuesto por la Resolución S.R.T. N° 310/02, la información sobre la contingencia ante la A.R.T. independientemente de su categorización de "con baja" o "sin baja", dentro del plazo máximo de CUARENTA Y OCHO (48) horas de haber tomado conocimiento de la misma, volcando los datos de la contingencia en el Formulario de Denuncia, el cual deberá ajustarse al esquema del Anexo II Formulario D. En el Anexo III de la presente se detallarán las Tablas con los códigos correspondientes a la zona del cuerpo afectada, el agente causante y el agente material asociado. El original del mencionado documento será para la A.R.T. y una copia será para el empleador. En caso que el empleador no cumpliera con esta obligación, la A.R.T. debe denunciar el hecho ante la S.R.T., no pudiendo la omisión del empleador ser causal de





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

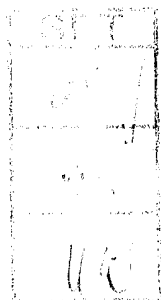
ANEXO I

rechazo de la enfermedad profesional.

- 4.2. Si la A.R.T. tuviera implementado un sistema de telegestión podrá autorizar al empleador a realizar la denuncia por esa vía, debiendo la A.R.T. tomar los recaudos necesarios para garantizar la inalterabilidad de los datos denunciados.
- 4.3. El empleador debe entregar al trabajador una copia de la denuncia presentada con motivo de las dolencias que sufriera, y debe proporcionársela sin anteponer condición de ninguna naturaleza.
- 4.4. Si la A.R.T. detectase la enfermedad profesional en ocasión de realizar exámenes médicos periódicos debe efectuar la denuncia correspondiente a la S.R.T., solicitando la información complementaria al empleador. La A.R.T. notificará al empleador y al trabajador de forma fehaciente la registración de la enfermedad profesional. Se preservará siempre y en todos los casos, la debida confidencialidad de los datos.
- 4.5. En caso que alguno de los pasos previstos en este procedimiento no pueda ser cumplimentado, la denuncia de la enfermedad profesional podrá ser efectivizada en la sede de la A.R.T. o en la de un prestador por ella habilitado.

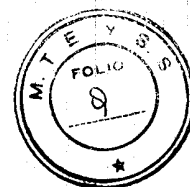
5. Notificaciones

- 5.1. Si la A.R.T. dispusiera el rechazo del carácter profesional de la enfermedad, deberá notificar dicha circunstancia por medio fehaciente al trabajador y al empleador, informando los conceptos mencionados en el Anexo II Formulario





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



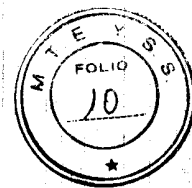
ANEXO I

B de la presente.

- 5.2. La A.R.T. notificará por medio fehaciente al trabajador y al empleador el cese de la situación de Incapacidad Laboral Temporal (I.L.T.), indicando el motivo de tal circunstancia, bajo firma del responsable del Área Médica de la A.R.T. o prestadora habilitada a tal fin. En dicha notificación se comunicará lo establecido en el Anexo II, Formulario C de la presente.
- 5.3. La A.R.T. notificará a la S.R.T. las enfermedades profesionales dentro de los plazos establecidos en el Anexo III de la presente resolución. Esta comunicación se hará a través de los medios de intercambio de información que establezca la S.R.T..
- 5.4. Los empleadores autoasegurados deberán cumplir con este procedimiento desempeñando el rol de empleador y aseguradora según corresponda.
- 5.5. La A.R.T. debe remitir al Servicio de Medicina del Trabajo del empleador información periódica sobre el estado de salud del trabajador y toda información adicional que ese Servicio le solicite.
- 5.6. El empleador podrá ser informado sobre los alcances del punto anterior por medios escritos o acceder a la información no médica, por vía electrónica a través de accesos web.



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



ANEXO II

Modelos de Formularios

Formulario A: Constancia de Asistencia Médica / Fin de tratamiento

Es el documento que da cuenta de la evaluación realizada por el profesional médico del estado de salud del trabajador al momento de realizar la consulta ante el prestador asistencial. Este formulario deberá contener como mínimo los datos que se listan a continuación:

1. Lugar y fecha de la asistencia médica
2. Datos de filiación del trabajador
3. Descripción del Motivo de Consulta
4. Indicaciones
5. Fecha de retorno al trabajo (en caso de ser posible)
6. Fin del tratamiento
7. Fecha de próxima revisión (si corresponde)
8. Alta (Si/No).
9. Deberá constar en el formulario la siguiente leyenda: *"De acuerdo con la Resolución S.R.T. N° 744/03, Usted tiene que ser citado para ser informado acerca de la estimación realizada sobre la Incapacidad Laboral Permanente Parcial Definitiva dentro de los próximos QUINCE (15) días hábiles a partir del día del alta (__ / __ / __) . En caso de duda, puede Usted comunicarse a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO al 0800-666-6778"*.

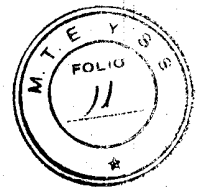
Formulario B: Notificación de Rechazo

Es el instrumento a través del cual la A.R.T. o el Empleador Autoasegurado, comunica el



"2007 - Año de la Seguridad Vial"

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



ANEXO II

rechazo del carácter profesional de la enfermedad. Este formulario deberá contener como mínimo la siguiente información:

1. Lugar (de emisión del documento de notificación)
2. Fecha (de emisión del documento de notificación)
3. N° de registro de la enfermedad denunciada
4. Fecha de detección de la enfermedad denunciada
5. Datos de filiación del trabajador
6. Fundamentación del rechazo

El instrumento debe contener al pie una leyenda que exprese el siguiente mensaje "Sr. Trabajador: en caso de discrepancia con esta decisión Ud. puede concurrir a la Comisión Médica, sita en ... (debiéndose consignar a continuación la dirección, horario y teléfonos de la Comisión Médica correspondiente a la jurisdicción del domicilio donde reside el trabajador)... Para ello deberá hacerlo dentro del plazo de DOS (2) años previsto por el artículo 44 de la Ley N° 24.557".

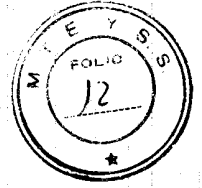
Formulario C: Finalización de la Incapacidad Laboral Temporal (I.L.T.)

Es el instrumento a través del cual la A.R.T. o el Empleador Autoasegurado, informa al empleador y al trabajador sobre las condiciones de Finalización de la Incapacidad Laboral Temporal (I.L.T.). Este formulario deberá contener como mínimo la siguiente información:

1. Fecha de cese de la I.L.T.
2. Datos de filiación del trabajador
3. Número de caso (registro)



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



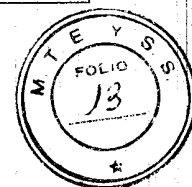
ANEXO II

4. Fecha del caso
5. Fecha de inicio de la I.L.T.
6. Motivo de la Finalización de la Incapacidad Laboral Temporalia
 - a) Alta médica
 - b) Transcurso de UN (1) año de la fecha de la detección de la enfermedad profesional
 - c) Muerte
 - d) Declaración de Incapacidad Laboral Permanente (I.L.P.)

Si corresponde alta médica y esta se determinó antes del transcurso de b) informar si se debe evaluar la Incapacidad Laboral Permanente (I.L.P.).
7. Consignar si debe continuar recibiendo prestaciones asistenciales.
8. Fecha de presentación del trabajador para la determinación del grado de incapacidad o firma del acuerdo de homologación de una I.L.P..

El instrumento debe contener al pie una leyenda que exprese el siguiente mensaje "*Sr. Trabajador: en caso de discrepancia con esta decisión Ud. puede concurrir a la Comisión Médica, sita en ... (debiéndose consignar a continuación la dirección, horario y teléfonos de la Comisión Médica correspondiente a la jurisdicción del domicilio donde reside el trabajador)... Para ello deberá hacerlo dentro del plazo de DOS (2) años previsto por el artículo 44 de la Ley N° 24.557*".

El empleador podrá ser notificado por medios escritos y/o electrónicos sobre la fecha de alta médica del trabajador.



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

ANEXO II

Formulario D: Esquema de Formulario de Denuncia.

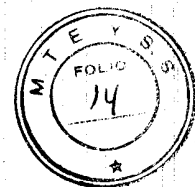
Es el instrumento por medio del cual A.R.T. o Empleador Autoasegurado, denuncia una Enfermedad Profesional. El mismo debe contener como mínimo la siguiente información:

1. Empleador

- a. Nombre de la empresa (Razón social)
- b. C.U.I.T.
- c. C.I.I.U. principal
- d. A.R.T.
- e. N° Contrato
- f. Dirección
- g. Código postal
- h. Empresa subcontratada Si No
- i. C.U.I.T. de ocurrencia
- j. Nombre del establecimiento en el que se detecta la enfermedad profesional
- k. Código de Establecimiento
- l. C.I.I.U. del establecimiento
- m. Dirección del establecimiento
- n. Código postal del establecimiento
- o. Provincia donde se detectó la contingencia

2. Trabajador

- a. Nombre y apellido



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

ANEXO II

- b. C.U.I.L. (o D.N.I. en caso de que no tuviera C.U.I.L.)
- c. Sexo
- d. Fecha de nacimiento
- e. Estado civil
- f. Nacionalidad
- g. Fecha de ingreso
- h. Situación contractual
- i. Turno de trabajo Fijo Rotativo
- j. Horario habitual : Desde.....Hasta.....
- k. Puesto de trabajo al momento del diagnóstico de la enfermedad profesional (Según código C.I.U.O. v. 1988)
- l. Antigüedad en el puesto 11)
- m. Puesto anterior al momento del diagnóstico de la enfermedad profesional (Según código C.I.U.O. v. 1988)
- n. Antigüedad en el puesto anterior diagnosticado
- o. Fecha de último examen periódico

3. Datos de la enfermedad denunciada

- a. Descripción de la enfermedad denunciada
- b. Agente causante (ver tabla)
- c. Agente material asociado (ver tabla)
- d. Tiempo de exposición al agente (en meses)

