

ANEXO II

PRESENTACIÓN Y CONTENIDO DE INFORMES MÉDICOS E INTERCONSULTAS ANTE COMISIONES MÉDICAS

PRESENTACIÓN Y CONTENIDO DE INFORMES MÉDICOS E INTERCONSULTAS ANTE COMISIONES MÉDICAS**CRITERIOS GENERALES****Los informes médicos e interconsultas que se presenten ante las Comisiones Médicas deberán:**

- Ser claros, objetivos, completos y legibles, permitiendo una adecuada valoración médica.
- Estar redactados en lenguaje médico técnico, preciso y comprensible.
- Contener, como requisitos mínimos obligatorios, los datos y contenidos específicos establecidos para cada especialidad.
- Contar obligatoriamente con la firma y el sello del profesional interviniente, los cuales deberán incluir su nombre y apellido, así como el número de matrícula correspondiente. Los informes realizados en formato papel deberán contar con firma ológrafa y sello físico, en tanto que aquellos generados digitalmente deberán ser suscriptos mediante firma digital o electrónica -Ley 25.506-, garantizando la identificación del firmante y la integridad del documento.
- No se admitirán informes con enmiendas, tachaduras o espacios en blanco que no hayan sido debidamente salvados por el profesional interviniente.

I. INTERCONSULTA CON DERMATOLOGÍA

1. MEMBRETE – NOMBRE DEL PROFESIONAL / CENTRO MÉDICO

2. FECHA DE REALIZACIÓN: ____ / ____ / ____

3. DATOS DE LA PERSONA:

- Nombre y apellido:
- Número de DNI:
- Edad:

4. ANAMNESIS:

- Antecedentes dermatológicos:
- Enfermedad actual y tratamiento:

5. EXAMEN DERMATOLÓGICO:

- Descripción semiológica (tipo de lesión, color, bordes).
- Localización y extensión (expresar en % de superficie corporal total).
- En caso de presentar lesiones neoplásicas/pre-neoplásicas: número, tamaño y ubicación.

6. CONCLUSIÓN Y DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

7. FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE

II. INTERCONSULTA CON OFTALMOLOGÍA

1. MEMBRETE – NOMBRE DEL PROFESIONAL / CENTRO MÉDICO

2. FECHA DE REALIZACIÓN: ____ / ____ / ____

3. DATOS DE LA PERSONA:

- Nombre y apellido:
- Número de DNI:
- Edad:

4. ANAMNESIS:

- Antecedentes oftalmológicos:
- Enfermedad actual y tratamiento:

5. EXAMEN OFTALMOLÓGICO:

- Párpados y anexos.
- Iris y pupilas.
- Medios refringentes.
- Presión intraocular (mmHg).
- Fondo de ojo.
- Agudeza visual (sin y con corrección).
- Motilidad ocular.
- Campimetría computarizada (adjuntar informe, en caso de haberse realizado, detallando índices de confiabilidad -pérdida de fijación, falsos positivos/negativos-)

6. CONCLUSIÓN Y DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

7. FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE

III. INTERCONSULTA CON OTORRINOLARINGOLOGÍA

1. MEMBRETE – NOMBRE DEL PROFESIONAL / CENTRO MÉDICO

2. FECHA DE REALIZACIÓN: ____ / ____ / ____

3. DATOS DE LA PERSONA:

- Nombre y apellido:
- Número de DNI:
- Edad:

4. ANAMNESIS:

- Antecedentes otorrinolaringológicos:
- Enfermedad actual y tratamiento:

5. EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO:

- Oídos (otoscopía/otomicroscopía).
- Nariz (tabique, cornetes, permeabilidad).
- Faringe y laringe (si corresponde).
- Estudios complementarios (adjuntar informes, en caso de haberse realizado).
 - Audiometría
 - Logaudiometría
 - Test de simulación

6. CONCLUSIÓN Y DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

7. FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE

IV. INFORME DE FIBRORRINOLARINGOSCOPIA DESTINADA A EVALUAR ALTERACIONES DE LA VOZ (DEC. 549/25)

1. MEMBRETE – NOMBRE DEL PROFESIONAL / CENTRO MÉDICO

2. FECHA DE REALIZACIÓN: ____ / ____ / ____

3. DATOS DE LA PERSONA:

- Nombre y apellido:
- Número de DNI:
- Edad:

4. HALLAZGOS DETECTADOS EN LA FIBRORRINOLARINGOSCOPIA:

Movilidad de cuerdas vocales (indicar la o las que corresponda):

- ☐ Normal
- ☐ Disminuida
- ☐ Bilateral
- ☐ Unilateral

5. ALTERACIONES ANATOMO-FUNCIONALES PRESENTES (indicar la o las que correspondan):

- ☐ Hiatus posterior
- ☐ Pólipos de cuerdas vocales
- ☐ Hiatus anteroposterior (reloj de arena)
- ☐ Hematoma de cuerdas vocales
- ☐ Hiatus longitudinal (en ojal)
- ☐ Edema de Reinke
- ☐ Nódulos de cuerdas vocales
- ☐ Fonación de bandas: causada por pólipos subcordales o por hiperfunción laríngea

Otros hallazgos:

6. CONCLUSIÓN:

7. FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE

V. INTERCONSULTA FONOAUDIOLÓGICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA VOZ

1. MEMBRETE – NOMBRE DEL PROFESIONAL / CENTRO MÉDICO

2. FECHA DE REALIZACIÓN: ____ / ____ / ____

3. DATOS DE LA PERSONA:

- Nombre y apellido:
- Número de DNI:
- Edad:

4. ANAMNESIS:

5. EVALUACIÓN PERCEPTUAL DE LA VOZ: (indicar la que corresponda):

- ☐ Sin alteración de la voz
- ☐ Alteración discreta: no afecta la comunicación.

IF-2026-10128838-APN-SRT#MCH

- ☐ Alteración evidente: afecta la comunicación, la comprensión puede dificultarse. Se puede entender al hablante.
- ☐ Alteración intensa: es casi imposible entender al hablante.

6. CONCLUSIÓN:

7. FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE

VI. INTERCONSULTA CON NEUMONOLOGÍA

1. MEMBRETE – NOMBRE DEL PROFESIONAL / CENTRO MÉDICO

2. FECHA DE REALIZACIÓN: ____ / ____ / ____

3. DATOS DE LA PERSONA:

- Nombre y apellido:
- Número de DNI:
- Edad:

4. ANAMNESIS:

- Antecedentes respiratorios:
- Enfermedad actual y tratamiento:

5. EXAMEN NEUMONOLÓGICO:

- Inspección, palpación, percusión y auscultación.
- Oximetría de pulso.
- Espirometría:
 - Adjuntar gráficos de flujo-volumen.
 - Informar calidad técnica, repetibilidad y respuesta a broncodilatadores.

6. CONCLUSIÓN Y DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

7. FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE

VII. INTERCONSULTA CON CARDIOLOGÍA

1. MEMBRETE – NOMBRE DEL PROFESIONAL / CENTRO MÉDICO

2. FECHA DE REALIZACIÓN: ____ / ____ / ____

3. DATOS DE LA PERSONA:

- Nombre y apellido:
- Número de DNI:
- Edad:

4. ANAMNESIS:

- Antecedentes cardiovasculares:
- Enfermedad actual y tratamiento:

5. EXAMEN CARDIOLÓGICO:

- Tensión arterial (mmHg) y frecuencia cardíaca (lpm):
- Auscultación cardíaca:
- Pulsos periféricos:
- Signos de falla cardíaca:
- Edema de MMII:
- Estudios complementarios (adjuntar informes, en caso de haberse realizado):
 - ECG
 - Holter
 - Ecodoppler

6. CONCLUSIÓN Y DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

7. FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE

VIII. INTERCONSULTA CON NEUROLOGÍA

1. MEMBRETE – NOMBRE DEL PROFESIONAL / CENTRO MÉDICO

2. FECHA DE REALIZACIÓN: ____ / ____ / ____

3. DATOS DE LA PERSONA:

- Nombre y apellido:
- Número de DNI:
- Edad:

4. ANAMNESIS:

- Antecedentes neurológicos:
- Enfermedad actual y tratamiento:

5. EXAMEN NEUROLÓGICO:

- Inspección general.
- Pares craneales.
- Motilidad activa y pasiva.
- Sensibilidad (superficial y profunda).
- Reflejos (osteotendinosos y cutáneo-plantares).
- Tono, trofismo y fuerza muscular.
- Marcha y equilibrio (Pruebas de Romberg, marcha en talones/puntas de pie).
- Control de esfínteres.
- Lenguaje y funciones superiores.
- Taxia y praxia.

6. CONCLUSIÓN Y DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

7. FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE

IX. INFORME DE SALUD MENTAL (Psicodiagnóstico / Interconsulta Psiquiátrica)

1. MEMBRETE – NOMBRE DEL PROFESIONAL / CENTRO MÉDICO

2. FECHA DE REALIZACIÓN: ____ / ____ / ____

3. DATOS DE LA PERSONA:

- Nombre y apellido:
- Número de DNI:
- Edad:

4. ENTREVISTA:

- Ocupación:
- Nivel de instrucción:
- Descripción del siniestro:
- Alta médica:
- Recalificación y/o reubicación:
- Sintomatología actual:
- Tratamiento psicológico, psiquiátrico y/o de rehabilitación neurocognitiva efectuados:
- Antecedentes médicos o de accidentes previos:
- ENUMERACIÓN Y HALLAZGOS EN LAS TÉCNICAS ADMINISTRADAS
- (Sólo para psicodiagnóstico)

5. CONCLUSIONES:

- Prosopografía.
- Examen de las funciones psíquicas (orientación, conciencia de situación y de enfermedad. memoria, atención, lenguaje, juicio, sensopercepción, timia, conducta, actividad, interacción social, etc.).

6. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Diagnóstico con grado ajustado a Baremo Laboral vigente.

7. FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE

X. INFORME DE EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA

1. MEMBRETE – NOMBRE DEL PROFESIONAL / CENTRO MÉDICO

2. FECHA DE REALIZACIÓN: ____ / ____ / ____

3. DATOS DE LA PERSONA:

- Nombre y apellido:
- Número de DNI:
- Edad:

4. ENTREVISTA:

- Ocupación:
- Nivel de instrucción:
- Descripción del siniestro:
- Alta médica:
- Recalificación y/o reubicación:
- Sintomatología actual:
- Tratamiento psicológico, psiquiátrico y/o de rehabilitación neurocognitiva efectuados:
- Antecedentes médicos o de accidentes previos:

5. ENUMERACIÓN Y HALLAZGOS EN LAS TÉCNICAS ADMINISTRADAS:

- Deben incorporarse técnicas de cribado cognitivo como el MOCA, ACE o similar

6. CONCLUSIONES:

- Tabla de alteraciones cognitivo conductuales:

Función	Grado de afectación
Orientación	
Atención	
Memoria	
Lenguaje	
Visuoespacial	
Pensamiento	
Sensopercepción	
Razonamiento / Juicio	
Personalidad	
TOTAL	

7. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Diagnóstico con grado ajustado a Baremo Laboral vigente.

8. FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE

XI. INFORME DE RADIOGRAFÍA

1. MEMBRETE – NOMBRE DEL PROFESIONAL / CENTRO MÉDICO

2. FECHA DE REALIZACIÓN: ____ / ____ / ____

3. DATOS DE LA PERSONA:

- Nombre y apellido:
- Número de DNI:
- Edad:

4. REGIÓN ANATÓMICA EXAMINADA:

- Detalle y lateralidad.

5. HALLAZGOS RADIOLÓGICOS:

Se deben describir detalladamente todos los hallazgos observados, incluyendo:

- Fracturas: especificar el estado de consolidación (consolidada o no consolidada) y describir cualquier signo de angulación, desviación del eje, necrosis, artrosis, incongruencia articular, etc.
- Luxaciones
- Amputaciones: indicar el nivel anatómico exacto.
- Material de osteosíntesis: detallar el tipo de material, sus características y su ubicación precisa.
- Cuerpos extraños: especificar su naturaleza, ubicación exacta y características físicas.

6. FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE.

XII. INFORME DE ECOGRAFÍA

1. MEMBRETE – NOMBRE DEL PROFESIONAL / CENTRO MÉDICO

2. FECHA DE REALIZACIÓN: ____ / ____ / ____

3. DATOS DE LA PERSONA:

- Nombre y apellido:
- Número de DNI:
- Edad:

4. REGIÓN ANATÓMICA EXAMINADA:

- Detalle y lateralidad.

5. HALLAZGOS ECOGRÁFICOS:

- Características de tejidos, lesiones agudas/crónicas, edema, imágenes sólidas/quísticas.
- Adjuntar imágenes relevantes.

6. FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE.

PRESENTACIÓN Y CONTENIDO DE INFORMES MÉDICOS E INTERCONSULTAS ANTE COMISIONES MÉDICAS

[**www.argentina.gob.ar/srt**](http://www.argentina.gob.ar/srt)

Redes Sociales: SRTArgentina

Sarmiento 1962 | Ciudad Autónoma de Buenos Aires



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Año de la Grandeza Argentina

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número: IF-2026-10128838-APN-SRT#MCH

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Miércoles 28 de Enero de 2026

Referencia: ANEXO II - Expediente EX-2026-05504021-APN-GACM#SRT

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 10 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2026.01.28 17:05:17 -03:00

E/E Fernando Gabriel Perez
Gerente General
Gerencia General
Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2026.01.28 17:05:18 -03:00