



**Poder Judicial**

Localidad, Fecha.

A EL/LA SEÑOR/A JUEZ/A  
DEL JUZGADO DE 1° INSTANCIA DE DISTRITO  
EN LO XXXX  
DE LOS TRIBUNALES DE XXXX  
DR./A XXXX  
SU DESPACHO:

Nombre/s y Apellido/s del/los perito/s interviniente/s, D.N.I. N° XXXX, médico/a, matrícula profesional provincial N° XXXX, titular/es del Cuerpo Médico de Peritos Especializados, me/nos presento/amos a V.S. en los autos caratulados “XXXX” (Expte. N° XXXX, CUIJ: XXXX) y elevo/vamos informe pericial/dictamen médico a los efectos de dar cumplimiento a la tarea encomendada.

- I -

DOCUMENTACIÓN INCORPORADA AL EXPEDIENTE DE INTERES MÉDICO  
LEGAL (ACLARAR SI ES FÍSICO/DIGITAL/HÍBRIDO)

Nota:

Foja/s

Foja/s

Foja/s

Foja/s

Foja/s

Foja/s

Foja/s

Foja/s

Foja/s

Foja/s

Foja/s

Sobre anexo N°

- II -

### EXAMEN MÉDICO

A fin de objetivar los hallazgos clínicos y complementar la evidencia en la documental existente, Fecha, a las XXXX horas, se efectuó el examen médico del Sr./Sra. Nombre y Apellido, D.N.I. N° XXXX, de XXXX años de edad; en presencia de los siguientes delegados técnicos: Nombre y Apellido, D.N.I. N° XXXX Matrícula Profesional N.º XXXX por la parte actora y Nombre y Apellido, D.N.I. N° XXXX, Matrícula Profesional N.º XXXX. por la parte demandada.

1. Entrevista médica

2. Examen físico

Fue circunscripto a la/s región/es anatómica/s vinculadas a la/s patología/s y/o secuela/s reclamada/s en autos/ que motivan la controversia.

3. Estudios complementarios solicitados y/o agregados por la actora y/o la demandada.

4. Informe/s interdisciplinario/s solicitado/s y/o agregado/s por la actora y/o la/s demandada/s.

- III -

### CONTINGENCIA/S RECLAMADA/S

Tipo: Accidente de trabajo / in itinere – Enfermedad Profesional Listada / No listada.

Fecha de siniestro / primera manifestación invalidante: Fecha.

Enfermedad/es y/o lesión/es reclamadas/motivo de la litis: Diagnóstico adaptado/s y correlativo/s al Listado de Enfermedades Profesionales aprobado por Decreto N° 658/96, su modificatoria por el Decreto 49/14 y a la Tabla de Evaluación de Incapacidades del Decreto N° 549/25.

- IV -



**Poder Judicial**

## CONSIDERACIONES MEDICO LEGALES

Nota: .

- V-

### CONTESTACIÓN DE LOS PUNTOS DE PERICIA

#### Por el Tribunal/Juzgado.

Punto a.  
Respuesta:

Punto b.  
Respuesta:

Punto c.  
Respuesta:

#### Por la actora.

Punto a.  
Respuesta:

Punto b.  
Respuesta:

Punto c.  
Respuesta:

#### Por la/s demandada/s.

Punto a.  
Respuesta:

Punto b.  
Respuesta:

Punto c.  
Respuesta:

- VI -

### VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL

La/s secuela/s correspondientes al caso de autos se cuantifican según la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales establecida por el Decreto Nacional N° 659/1996 y modificada por el Decreto Nacional N° 49/2014.

Teniendo en cuenta que el actor presenta la/s pre-existencia/s que se detallan a continuación, se procede a aplicar el método de capacidad residual (CR).

Preexistencia/s en sede administrativa:

Expediente SRT N° XXXX - Tipo de contingencia: XXXX - Fecha de siniestro / primera manifestación invalidante: Fecha - Diagnóstico: XXXX - Incapacidad: XXXX %.

Expediente SRT N° XXXX - Tipo de contingencia: XXXX - Fecha de siniestro / primera manifestación invalidante: Fecha - Diagnóstico: XXXX - Incapacidad: XXXX %.

Preexistencia/s en sede judicial:

Autos: “XXXX” (Expte. N° XXXX, CUIJ: XXXX) - Tipo de contingencia: XXXX - Fecha de siniestro / primera manifestación invalidante: XXXX – Diagnóstico: XXXX – Incapacidad: XXXX%

Autos: “XXXX” (Expte. N° XXXX, CUIJ: XXXX) - Tipo de contingencia: XXXX - Fecha de siniestro / primera manifestación invalidante: XXXX – Diagnóstico: XXXX – Incapacidad: XXXX%

<b>Lesión/es</b>	<b>Porcentaje</b>
Secuela A XXXX% de XXXX% CR	XXXX%
Secuela B: XXXX% de XXXX% CR	XXXX%
<b>Subtotal por lesión/es</b>	<b>XXXX%</b>
<b>Factores de ponderación</b>	
Dificultad para la realización de las tareas habituales: leve = 0% a 5% intermedia = 0% a 15% alta = 0% a 20%	
Edad: menor de 21 años = 0% a 4% de 21 a 30 años = 0% a 3% de 31 y más años = 0% a 2%	
<b>Subtotal por factores de ponderación: XXXX % de XXXX %</b>	<b>XXXX%</b>
<b>Porcentaje total = XXXX% de XXXX% CR</b>	<b>XXXX%</b>



**Poder Judicial**

**Nota: Para los casos a partir del 02 de febrero de 2.026.**

La/s secuela/s derivadas del caso de autos se valoran según la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales establecida por Decreto Nacional N° 549/2025.

**Capacidad Restante (CR): XXXX %**

<b>Lesión/es</b>	<b>Porcentaje</b>
Secuela A Estadio II: ... % (incapacidad laboral actual) – Secuela A Estadio I ....% (incapacidad laboral pre-existente) = ....%	XXXX%
Secuela B: ... % de ...% CR (100 % - ... %)	XXXX%
Secuela C: ... % de ...% CR (.... % - .... %)	XXXX%
<b>Subtotal por lesión/es</b>	<b>XXXX%</b>
<b>Factores de ponderación</b>	
Dificultad para la realización de las tareas habituales: leve = 5% / intermedia = 10% / alta = 20%	
Edad: menos de 21 años = 5% / de 21 a 35 años = 4% / de 36 a 45 años = 3% / mayor o igual a 46 años = 2%	
<b>Subtotal por factores de ponderación: XXXX% de XXXX%</b>	<b>XXXX%</b>
<b>Porcentaje total = XXXX% de XXXX% CR</b>	<b>XXXX%</b>

- VII -

#### PETITORIO

Por todo lo expuesto, solicito/mos a V.S. que tenga por cumplimentada la tarea pericial ordenada y se corra traslado a las partes para su conocimiento.

Proveer de conformidad será justicia.

FIRMA DIGITAL