

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCACION  
DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL

**CERTIFICADO MEDICO LABORAL**

Formulario N° 012

**I. A llenar por el Establecimiento**

ESTABLECIMIENTO:.....DISTRITO:.....FECHA:...../...../.....

APELLIDO Y NOMBRE:.....N° DOC:.....

DOMICILIO:.....N° EMPLEADO:.....

AUSENTE DESDE:...../...../..... HASTA:...../...../.....

CODIGO DE CARGO	SITUACION DE REVISTA	FECHA INGRESO
1.....	1.....	1.....
2.....	2.....	2.....
3.....	3.....	3.....

**CAMBIO DE FUNCIONES:**

PERMANENTE DESDE: ..... / ..... / .....

TRANSITORIO DESDE: ..... / ..... / ..... HASTA: ..... / ..... / .....

PRESENTA CERTIFICADO MEDICO: SI - NO

.....  
FIRMA RESPONSABLE ESTABLECIMIENTO

CODIGO 624

**II. Reservado para Salud Ocupacional**

ATENCION EN CONSULTORIO

ATENCION EN DOMICILIO

SE JUSTIFICARON INASISTENCIAS DESDE: ..... / ..... / ..... HASTA: ..... / ..... / ..... INCLUSIVE  
TOTAL DIAS: .....

NO SE JUSTIFICARON INASISTENCIAS DESDE: ..... / ..... / ..... HASTA: ..... / ..... / ..... INCLUSIVE  
TOTAL DIAS: .....

DIAGNOSTICO:.....COD. ENFERMEDAD:.....COD. LICENCIA:.....

ENFERMEDAD O ACCIDENTE INCULPABLE:

ENFERMEDAD O ACCIDENTE DE TRABAJO:

**NO SE JUSTIFICA POR:**

- NO EXISTEN MANIFESTACIONES CLINICAS DE ENFERMEDAD
- EL AGENTE NO SE HALLABA EN EL DOMICILIO
- EL AGENTE NO SE DOMICILIA EN LA DIRECCION INDICADA
- EL AGENTE SE NEGO AL RECONOCIMIENTO MEDICO
- OTRAS CAUSAS

OBSERVACIONES:

FECHA: ..... / ..... / .....

.....  
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL