

Consejo Provincial de Educación.

Dirección Prov.de Medicina Laboral Seguridad e Higiene

Certificado Médico Laboral.

FORMULARIO N 012

I. A llenar por el establecimiento. ENFERMEDAD/MATERNIDAD/ART (marcar lo que corresponda)

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

APELLIDO Y NOMRE.....Nº Doc.....

DOMICILIO.....N EMPLEADO.....

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

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

CAMBIO DE FUNCIONES

PERMANENTE. Desde...../...../.....

TRANSITORIO Desde...../...../.....

PRESENTA CERTIFICADO MEDICO SI – NO

.....
FIRMA RESPONSABLE ESTABLECIMIENTO

II. Reservado para Medicina Laboral

ATENCION EN CONSULTORIO

ATENCION EN DOMICILIO

SE JUSTIFICARON INASISTENCIAS

DESDE...../...../..... HASTA...../...../..... INCLUSIVE

TOTAL DIAS.....

NO SE JUSTIFICARON INASISTENCIAS

DESDE...../...../..... HASTA...../...../.....INCLUSIVE

TOTAL DE 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 SE NEGó AL RECONOCIMIENTO MEDICO
- OTRAS CAUSAS

OBSERVACIONES

FECHA...../...../.....

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL