

FORMATO DE CERTIFICADO MÉDICO LEY Nº 30012 (*)

Que, habiéndose solicitado la emisión del certificado médico necesario para el goce de la licencia prevista en la Ley Nº 30012, Ley que concede el derecho de licencia a trabajadores con familiares directos que se encuentran con enfermedad en estado grave o terminal o sufran accidente grave, el médico que suscribe la presente, cumple con indicar lo siguiente:

Nombre del establecimiento y dirección: _____ _____ _____
--

DATOS DEL PACIENTE	DATOS DEL FAMILIAR DIRECTO
Nombre: _____	Nombre: _____
Documento de identidad: <input type="checkbox"/> DNI _____ <input type="checkbox"/> Carné de extranjería _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte _____ <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____	Documento de identidad: <input type="checkbox"/> DNI _____ <input type="checkbox"/> Carné de extranjería _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte _____ <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____
Nº de Historia Clínica: _____	Vínculo con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador

Diagnóstico del paciente (según CIE - 10 o versión actual vigente): _____ _____
Calificación de la Enfermedad: <input type="checkbox"/> Enfermedad grave <input type="checkbox"/> Accidente grave <input type="checkbox"/> Enfermedad terminal
¿Se ha requerido hospitalización? Sí ____ No ____; de ser afirmativa la respuesta, indicar las fechas de hospitalización: _____ _____ _____

Otros (especificar): _____ _____ _____

Firma, CMP, Sello

(*) El presente certificado médico tiene una vigencia de siete (7) días calendario contados a partir de su emisión.