



# **CERTIFICADOS MEDICOS**

COMITÉ DE PROTOCOLOS

DIRECCIÓN GENERAL ADMINISTRACIÓN  
MEDICINA DEL TRABAJO



## CERTIFICADOS MÉDICOS

### REQUISITOS GENERALES

Para la justificación de las licencias médicas, el certificado que se presenta deberá reunir los siguientes requisitos:

1. Nombre y apellido del paciente.
2. Diagnostico médico ó CIE 10 (Código Internacional de Enfermedades) ó equivalentes.
3. Tratamiento médico aconsejado (opcional).
4. Lugar y fecha de la atención.
5. Firma y sello del profesional, legible con número de matrícula y especialidad.
6. Aportar además estudios y todo elemento de juicio médico para poder determinar la licencia médica, en los casos que le sean solicitados.

*“SOLAMENTE PODRÁ TRAMITARSE LICENCIAS CON CERTIFICADO ORIGINAL Y CON LOS REQUISITOS DESCRIPTOS EN ESTE PROTOCOLO”*

Se adjunta modelo del mismo.

Según Ley 17.132 art.19 inciso “7” *“...Es obligación de los médicos prescribir o certificar en formulario que deberán llevar impresos en castellano su nombre, apellido, profesión, número de matrícula y domicilio...”* *“las prescripciones y/o recetas deberán ser manuscritas, formuladas en castellano, fechadas y firmadas..”*

Según la Ley Nro. 26.529, art.2 inciso “F” *“Todo paciente tiene derecho a recibir información sanitaria necesaria vinculada a su salud por escrito.”*

### CERTIFICADOS MÉDICOS EXPEDIDOS CON DOMICILIO CIRCUNSTANCIAL

Si el agente se encuentra en un domicilio circunstancial, en caso de enfermedad personal o de un familiar deberá presentar certificados médicos con los siguientes requisitos adicionales a los enunciados en el punto anterior:

#### INTERIOR DEL PAIS

- i En caso de internación, deberá estar firmado y sellado por el director médico de la Institución

#### EXTERIOR DEL PAIS

- i Requisitos generales
- i Firmado por el consulado argentino del país de estancia i En los casos que corresponda, con la traducción al idioma castellano

# MODELO DE CERTIFICADO

1 Nombre y Apellido del Paciente

ALVAREZ 2 JUAN      04 7, 13  
Apellido y Nombre      Fecha

Rp/ He atendido  
 AL SUSCRITO EN  
 EL DIA DE LA  
 FECHA

Diagnostico = Joo. C.I.E. 10  
 S. Fobul

**Servicio de Emergencias**  
**H.I.G.A. "Pedro Fiorini"**

**Dr. JUAN SAN PEDRO**  
 Consultor Medicina Legal  
 Jeraquizado Medicina Laboral  
 PSICUATRIA FORENSE  
 M.N. 71648 M.L. 9058

Sello y Matricula      Firma del medico

Respetar la prescripción médica garantiza la efectividad del tratamiento.

4 Lugar y Fecha

2 DIAGNOSTICO  
(C.I.E.10 o Equivalente)

5 Firma y Sello Legible con Número de Matricula v Especialidad

- NOTAS:
- 1) El tratamiento médico es optativo
  - 2) El certificado debe ser ORIGINAL y con las condiciones antes mencionadas de carácter obligatorio
  - 3) Tachaduras / enmiendas deben ser salvadas con firma y sello del profesional interviniente.

