



**PODER
LEGISLATIVO**
DE LA PROVINCIA DEL CHACO
■ ■ ■ ■

DIRECCIÓN
De RECONOCIMIENTOS MÉDICOS

PAUTAS para la JUSTIFICACIÓN
de LICENCIAS
por MOTIVOS de SALUD

REQUISITOS DEL CERTIFICADO MÉDICO

(PRESENTADOS A FINES DE **JUSTIFICAR** INASISTENCIAS DE CAUSAS MÉDICAS)

EL CERTIFICADO MÉDICO DEBE CONSIGNAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

MEMBRETE del Médico particular o membrete del centro de salud al cual se acudió.

1- El Membrete de Médico Particular debe contener:

- NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL (IMPRESO)
- NÚMERO DE MATRÍCULA Y DOMICILIO (IMPRESO)
- NÚMERO de TELEFONO Y CORREO ELECTRÓNICO

2- El Membrete del Centro de salud al cual se acudió: hace referencia a HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO, CENTRO MÉDICO O CENTRO DE SALUD al cual haya acudido el agente.

EN TODOS LOS CASOS EL CERTIFICADO MÉDICO RECIBIDO DEBE SER LEGIBLE CONTENIENDO LOS SIGUIENTES DATOS:

- **APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE**
- **DNI DEL PACIENTE**
- **DIAGNÓSTICO** (Código CIE 10)
- **TÉRMINO DEL REPOSO** (cantidad de días de reposo) **aconsejado por el médico interviniente**
- **FECHA** (día de la visita médica)
- **FIRMA Y SELLO** (del Médico que expide el Certificado)

DOCUMENTACIÓN MÉDICA ANEXA A PRESENTAR en caso que la cantidad de días de reposo aconsejado:

Supere las 48 hs.: se deberá adjuntar al Certificado médico presentado, las **INDICACIONES DEL TRATAMIENTO** que le fuera entregada por el médico interviniente en ocasión de la consulta médica.

Supere los 5 (cinco) días: deberá adjuntar un *breve resumen de historia clínica, expedido por el médico tratante y anexar informes de estudios complementarios* si existieran.

Supere los 15 (quince) días: el certificado médico deberá ser expedido por MÉDICO ESPECIALISTA, y la requisitoria de documentación médica a presentar, quedará sujeta a cada caso clínico en particular.

Los Agentes que soliciten Licencia por Enfermedad cuyo tratamiento requiera INTERNACIÓN, deberán presentar EPICRISIS o HISTORIA CLÍNICA, dependiendo del motivo de dicha internación.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN CASO DE QUE EL
AGENTE O FAMILIAR A CARGO FUERA DERIVADO A OTRA Provincia:

- **DERIVACION OTORGADA POR LA OBRA SOCIAL (INSSSEP)**
- **CONSTANCIA DEL TURNO** recibido, para la atención Médica en el Hospital o Clínica al cual fuera derivado.
- **CONSTANCIA MEDICA** de haber asistido a dicho turno.
- **HISTORIA CLINICA** o constancia del TRATAMIENTO IMPARTIDO
- **COPIAS DE PASAJES DE IDA Y VUELTA.**

LOS CERTIFICADOS MÉDICOS PROVENIENTES DE OTRA CIUDAD, DEBERÁN CONTENER EL CORRESPONDIENTE SELLO DE SALUD PÚBLICA, SEGÚN LEGISLACION VIGENTE (ARTICULO 27, LEY 645-A)

Plazos y términos de presentación o envío de la Documentación Médica requerida:

LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA ANTES CITADA, DEBERÁ SER PRESENTADA A LA DIRECCIÓN DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS, A PARTIR DE QUE EL AGENTE RECIBIÓ LA INDICACIÓN DE REPOSO Y HASTA EL DÍA DEL REINTEGRO LABORAL DEL AGENTE. HABIENDO SUPERADO ESTE PLAZO DE PRESENTACIÓN, LAS INASISTENCIAS POR RAZONES DE SALUD SERÁN CONSIDERADAS INJUSTIFICADAS.

Documentación requerida para otorgamiento de Licencia por **ENFERMEDAD PROLONGADA O LESIÓN GRAVE (art. 17. Ley 645-A):**

- **Certificación Médica.** Consignando la información solicitada por Reconocimientos Médicos.
- **Historia Clínica** de la dolencia declarada por el agente, confeccionada por el Médico especialista tratante.
- **Estudios Complementarios** si existieran, y la totalidad de las documentales médicas obtenidas durante el proceso de la enfermedad, las cuales serán solicitadas por esta

Dirección según la enfermedad denunciada por el agente y certificada por el Médico especialista interviniente.

Justificación:

- La **Justificación médica** del usufructo de esta licencia, se realizará “**MENSUALMENTE**”. (cada 30 días). Mediante *Certificado Médico, expedido por el Médico especialista tratante, el cual deberá consignar el diagnóstico, la indicación del término del reposo y el tratamiento impartido, adjuntando los estudios realizados durante el mes previo a la fecha de presentación.*

Cada 3 meses se solicitará **Informes Médicos actualizados** a la fecha de presentación de los mismos.

El agente deberá reintegrarse a sus tareas laborales una vez obtenido el **Alta Médica**.

- **Alta Médica:** deberá ser presentado ante la **Dirección de Reconocimientos Médicos;** previo de su reintegro laboral, a fines de ser analizado y convalidado por esta Dirección.

- Cuando el Alta Médica indicare restricción de tareas laborales en forma temporal (tareas pasivas provisoria), el médico de cabecera *deberá aclarar* en dicha alta, cuáles son *las tareas que el agente no debe realizar* hasta el otorgamiento del Alta definitiva para tareas laborales habituales. Todo ello, en virtud de elaborar el informe técnico pertinente, para el adecuado reintegro laboral del agente a su puesto de su trabajo, sin perjuicio de su salud integral.

- El término de dicha licencia se extiende **hasta por 2 años** usufructuados en forma continua o discontinua, **con goce de haberes**. Con opción de un año más sin goce de haberes, previo informe de Reconocimientos Médicos.

DOCUMENTACION REQUERIDA EN CASO DE PRESUNTO ACCIDENTE DE TRABAJO

El agente que sufiere presunto accidente de en ocasión de trabajo o “in itinere”, deberá presentar en esta Dirección de Reconocimientos Médicos, la siguiente documentación original:

a) Certificado/s Médico/s que acredite/n la dolencia denunciada por el agente.

b) Historia Clínica, en caso de que hubiere existido la confección de la misma.

c) Informes de Estudios Complementarios: indicados por el médico tratante (informes de: radiografías, tomografías, resonancias. Análisis de laboratorio, y demás estudios indicados).

d) Indicaciones del tratamiento Médico impartido: recetas de medicación, indicación de ortopedia, indicaciones quirúrgicas, si existieran, curaciones, solitud de prótesis, etc.

e) Indicaciones del tratamiento de rehabilitación, si existiera: detallando cada sesión, si fuera indicado tratamiento kinesiológico rehabilitante.

f) **Comprobante** de la realización del **tratamiento kinesiológico** efectuado.

g) **Alta Médica para tareas habituales**, expedida por Médico especialista tratante. Certificación ésta, sin la cual el agente **NO** podrá reintegrarse a sus tareas laborales.

4

La totalidad de la documentación antes mencionada, deberá ser entregada al profesional interviniente de la Dirección de Reconocimientos Médicos, a los fines de proceder a la confección del expediente médico correspondiente, y posterior informe técnico.

Principal Vía de contacto email: recmedicos2022@gmail.com

Tel:(fijo): **4453377**

¡AVISO IMPORTANTE!

*En caso de optar por el envío de Documentación Médica utilizando la vía de correo electrónico, **ASEGÚRESE** de recibir en su correo, la **CONFIRMACION DE RECEPCION** del mismo.*

*En caso de **no obtener respuesta deberá concurrir a esta Dirección** a la mayor brevedad, munido de la mencionada Documentación médica a presentar.*

DECALOGO DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO

Autor Ing. Néstor Botta

1. LA SEGURIDAD **NO** ES UNA OPCIÓN, ES UNA CONDICIÓN DE TRABAJO.
2. **SIEMPRE** se debe trabajar adoptando **TODAS** las medidas de seguridad e higiene disponibles y que se conocen.
3. **NO** se debe operar un equipo o realizar un trabajo si **NO** se conocen o si se tienen **DUDAS** respecto de las medidas de seguridad e higiene a adoptar.
4. **NO** se debe operar un equipo o realiza un trabajo si se tienen **DUDAS** respectos de los elementos auxiliares que se deben usar y las condiciones operativas de los mismos.
5. **NO** se "toca" si no se sabe o desconoce.
6. **SIEMPRE** se debe preguntar a un superior en caso de duda o desconocimiento.
7. **NUNCA** se debe dejar trabajar a un compañero si sabemos que está haciendo o está por hacer algo que no está bien.
8. **SIEMPRE** debemos dar el ejemplo.
9. **SIEMPRE** respetamos y debemos hacer respetar todas las medidas de seguridad e higiene que conocemos.
10. **SIEMPRE** hago lo que sé que debo hacer, y **NO** hago lo que sé que no debo hacer.

Responsable de la Dirección de Reconocimientos Médicos:

Dra. Fitz Maurice, Claudia M.