

# **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 17.732 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**

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

#### **EXTERIOR DEL PAIS**

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

# MODELO DE CERTIFICADO

1 Nombre y Apellido del Paciente

4 Lugar y Fecha

ALVAREZ JUAN 04/7/13

Apellido y Nombre Fecha

Rp/ He atendido  
AL SUSCRITO en  
el día de la  
Fecha

Diagnóstico = Joo. CIE  
5. Febul 10

Servicio de  
Emergencias  
H.I.G.A. "Pedro Fiorio"

Dr. JUAN I. SAN PEDRO  
Consultor Medicina Legal  
Jerarquizado Medicina Laboral  
PSIQUIATRÍA FORENSE  
M.N. 71648 M.L. 8058

Sello y Matrícula Firma del médico

Respetar la prescripción médica garantiza la efectividad del tratamiento.

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

5 Firma y Sello Legible con Número  
de Matrícula y 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.