

Se.M.A. Servicio Medico para el Control de Ausentismo	AUSENTISMO LABORAL HISTORIA CLINICA DECLARACION JURADA
FORMULARIO PARA SER LLENADO POR EL MEDICO LLENAR EL FORMULARIO EN FORMA COMPLETA Y LEGIBLE, SERA RECHAZADO EN CASO CONTRARIO (VER AL DORSO)	
DATOS DEL EMPLEADO FS-100	
APELLIDO Y NOMBRE: _____	
D.N.I.: _____	EDAD: _____ SEXO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>
LUGAR DE TRABAJO: _____	
DATOS DEL MEDICO	
APELLIDO Y NOMBRE: _____	
ESPECIALIDAD: _____	MATRICULA PROFESIONAL: _____
DOMICILIO PROFESIONAL: _____	
E-MAIL: _____	T.E. CONTACTO: _____
DATOS DEL ENFERMO (si fuera otro - familiar - distinto del empleado/a)	
PARENTESCO CON EL/LA EMPLEADO/A: _____	
APELLIDO Y NOMBRE: _____	
D.N.I.: _____	EDAD: _____ SEXO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>
DATOS DE LA ENFERMEDAD ACTUAL (causa principal del ausentismo)	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL: _____	
DIAGN. PRINCIPAL CODIF (CIE-10 ó DSM IV): _____	
FECHA DEL DIAGNOSTICO (mes/año): _____	
COMORBILIDADES: _____	

FECHA APROXIMADA DESDE QUE UD. TRATA PERSONALMENTE EL CASO: _____	
DESCRIPCION DE LA EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD DESDE QUE UD. CONOCE EL CASO: _____	

DATOS DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS	
Mencione: A) Medicamentos B) Cirugias (con mencion de la tecnica empleada y fecha de operaci3n) C) Otras Terapias	

ALCANZO LA META TERAPEUTICA DESEADA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EN CASO DE RTA. NEGATIVA: ¿POR QUE?	
RECIBIO TRATAMIENTO COMPLETO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

LUGAR Y FECHA: _____ FIRMA Y SELLO DE MEDICO TRATANTE: _____	
<small>ARCHIVO: FS-100 - HISTORIA CLINICA PARA JUNTA MEDICA.DOC</small>	

Se.M.A.

Servicio Medico para el Control de
Ausentismo

AUSENTISMO LABORAL
HISTORIA CLINICA
DECLARACION JURADA

FORMULARIO PARA SER LLENADO POR EL MEDICO

SEGUNDA PARTE

CONDICION ACTUAL

EXAMEN FISICO Y/O PSIQUICO Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

LLENAR EL FORMULARIO EN FORMA COMPLETA Y LEGIBLE, SERA RECHAZADO EN CASO CONTRARIO

1) APARATO O SISTEMA AFECTADO (motivo del ausentismo laboral)

2) DESCRIPCION SINDROMICA (signos y sintomas relacionados con el item anterior)

3) ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
(EFECTUADOS PARA JUSTIFICAR, DOCUMENTAR, CONFIRMAR O DESCARTAR LO ANTERIOR)

MENCIONE ESTUDIOS Y HALLAZGOS: _____

4) SUGERENCIA LABORAL ESPECIFICA (sujeta a auditoria)

LUGAR Y FECHA: _____

FIRMA Y SELLO DE MEDICO TRATANTE: _____

RESERVADO Se.M.A