



**HISTORIA CLINICA PARA SOLICITAR CAMBIO DE FUNCIONES O LICENCIA
PROLONGADA POR RAZONES DE SALUD Ley 5.811**

Fecha...../...../.....

DATOS PERSONALES (a llenar por el interesado)

Apellido y Nombre.....
Domicilio.....
Estado civil.....DNI.....Lugar de trabajo.....
Cargo o profesión.....Antigüedad.....
Distancia del domicilio al lugar de trabajo (en Km.).....

DATOS A LLENAR POR EL MEDICO TRATANTE

MOTIVO DE LA CONSULTA

Descripción detallada de signos y síntomas positivos, magnitud, evolución etc.)

.....
.....
.....

ANTECEDENTES PERSONALES Y HEREDO FAMILIARES DE RELEVANCIA

.....
.....
.....

EXAMEN FISICO (detallar. sólo lo positivo)

.....
.....

EXAMENES AUXILIARES RELEVANTES SOLICITADOS

.....
.....
.....
.....

DIAGNOSTICOS

.....
.....
.....

INTERCONSULTAS

.....
.....
.....



UNIDAD DE CONTROL DE GESTION DE SALUD LABORAL

TRATAMIENTO INDICADO

DROGA	DOSIS DIARIA	HORARIO	RESPUESTA

EVOLUCION

.....

PRONOSTICO LABORAL

Consultó por primera vez...../...../..... ¿Continúa tratamiento? SI NO

Tiempo estimado de recuperación.....(años).....(meses)

Requiere reposo relativo (ambulatorio) o absoluto (en cama).....

¿El enfermo cumple con el tratamiento? SI NO TOTALMENTE PARCIALMENTE

Describe los beneficios obtenidos.....
.....

FECHA PROBABLE DE ALTA...../...../.....

¿Puede trabajar? SI NO

Describe las tareas que a su criterio puede realizar

.....
.....

OBSERVACIONES

.....

Por lo precedentemente expuesto **CERTIFICO** que el Sr./Sra.....
.....con DNI.....padece de
.....
por lo que deberá realizar **REPOSO RELATIVO ABSOLUTO**

Durante.....días a partir del mes dede 201

Se extiende la presente solicitud para ser presentada al Servicio de Atención Médica de la Dirección General de Escuelas en **sobre cerrado, firmado y sellado al dorso.**

Fecha...../...../.....

Firma y sello del médico.....