

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL

Emitido conforme a lo previsto por la Ley 20.744 y el CCT 130/75

Fecha de emisión:

♦ Datos del paciente:

Nombre completo:

DNI:

Edad:

CUIL:

Empresa / Institución:

♦ Motivo de reposo laboral:

☐ Enfermedad común ☐ Incidente no laboral ☐ Otro:

(No se requiere detalle clínico del diagnóstico según art. 210 LCT)

♦ Reposo indicado:

Desde:

Hasta:

Total de días:

♦ ¿Requiere control médico interno?:

☐ Sí ☐ No ☐ A criterio del empleador

♦ Apto para reincorporación:

☐ Sí ☐ No ☐ Evaluar nuevamente el día:

♦ Firma y sello del profesional

Nombre y Apellido:

Dirección del consultorio:

Teléfono:

♦ **Importante:** Este certificado es de uso exclusivamente laboral. Se recomienda no incluir datos médicos sensibles, conforme al derecho a la intimidad (art. 19 CN y art. 43, Ley 25.326). **HealthFirst** sugiere usar este formato para asegurar uniformidad y validez.