

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: _____ años

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.