

## 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      ☐ Accidente no laboral      ☐ Otro:

\_\_\_\_\_

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

♦ **Reposo indicado:**

Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Total de días: \_\_\_\_\_

♦ **¿Requiere control médico de la empresa?:**

☐ 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.