

FORMULARIO 1

NOTA DEL EMPLEADOR

Lugar y Fecha:

Sres. Oficina de Homologación y Visado

Tenemos el agrado de dirigirnos a Uds., con el fin de remitirles la documentación para iniciar un trámite de Visado/Fiscalizado del examen médico en salud que se acompaña y a su vez, para informales que el abajo firmante en representación de la empresa/aseguradora, con domicilio en, autoriza al Dr., con Matrícula Profesional N° y Matrícula como Médico del Trabajo N°, DNI/LE/LC N°, a gestionar y rubricar los formularios que correspondan como parte de la firma mencionada precedentemente, en todos los trámites necesarios para registrar las secuelas incapacitantes detectadas en los exámenes médicos en salud.

Se adjuntan a la presente:

- Solicitud de intervención
- Fotocopia del DNI del postulante
- Protocolo del examen físico
- Protocolos y medios gráficos de estudios complementarios de rutina y sobre los Agentes de Riesgo
- Antecedentes de incapacidades sobre el postulante
- Aptitud emitida por el Médico del Trabajo
- Notificación de las secuelas al postulante

Firma y sello:

Aclaración:

DNI/LE/LC:

Cargo:

SECUELAS ANATOMOFUNCIONALES CON SUS LIMITACIONES/OTROS HALLAZGOS:

a)

..... Código OMS:

b)

..... Código OMS:

c)

..... Código OMS:

d)

..... Código OMS:

e)

..... Código OMS:

Estudios aportados (que confirman las secuelas/hallazgos):

.....

.....

Antecedentes de Incapacidades previas:

.....

.....

.....
Médico del Trabajo del
Empleador

.....
Trabajador

.....
Médico del Trabajo
de la Aseg. / Emp.Autoaseg.

INSTRUCTIVO FORMULARIO 2

Solicitud de Registro de Secuelas Incapacitantes reveladas en los Exámenes Médicos en Salud

OBJETIVO: Registrar en la solicitud los datos de las partes y las secuelas incapacitantes detectadas en los Exámenes Médicos en Salud.

EMISIÓN: Estará a cargo del Empleador o de la Aseguradora/Empleador Autoasegurado.

Contenido:

1. Lugar y fecha: Indicar la localidad, día, mes y año en que se realice. **La presentación no debe exceder los 60 días corridos, desde la realización de los estudios.**
2. “...realizado con fecha...”: Fecha en que se realizó el examen o de los últimos estudios complementarios.
3. Trámite solicitado: marcar el que corresponda (en el caso que la secuela requiera comprobarse con un examen físico, se deberá marcar el Fiscalizado).
4. Tipo de examen: marcar el que corresponda.
5. Trabajador: completar los datos solicitados. **Nº de C.U.I.L. (MUY IMPORTANTE)**
6. Empleador: completar los datos solicitados. **Nº DE C.U.I.T (MUY IMPORTANTE)**
7. Aseguradora/Empleador Autoasegurado: completar los datos solicitados
8. Tarea: mencionar el puesto o actividad que desarrolla/rá el trabajador en la empresa y para el cual se le otorgó la “aptitud” en el examen.
9. Agentes de Riesgo: indicar todos los existentes en el puesto laboral.
10. CUIL Nº: para el caso de desglose del expediente
11. Secuelas Anatómofuncionales con sus limitaciones: Indicar el nombre de las secuelas y el grado de limitación. **CÓDIGO DE OMS.**
12. Estudios aportados: mencionar los estudios que acompañan a la solicitud y que demuestran las secuelas enunciadas en la presentación.
13. Antecedentes: mencionar las Incapacidades previas al examen preocupacional que figuren en Dictámenes anteriores, el número de los mismos y el Organismo emisor.
14. Firmas: del Médico del Trabajo del Empleador, del trabajador y del Médico del trabajo de la Aseguradora / Empleador Autoasegurado.

PARA CUALQUIER CONSULTA COMUNIQUESE AL 4321-3500 INT. 1072- 1073, O A CFERNANDEZ@SRT.GOV.AR

FORMULARIO 3

NOTIFICACION AL TRABAJADOR DE LOS HALLAZGOS DETECTADOS
EN LOS EXAMENES MEDICOS EN SALUD

Lugar y Fecha:

Trabajador:

DNI/LE/LC:

CUIL:

Tipo de Examen Médico: **PREOCUPACIONAL** **PERIÓDICO**

PREVIO C/DE TAREA **AUSENCIA PROLONGADA** **EGRESO**

En el día de la fecha me notifico de las siguientes secuelas detectadas en el examen médico en salud realizado con fecha / / :

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)

Firma del Médico del Trabajo:

Sello aclaratorio

Firma del trabajador:

Aclaración:

*** ENTREGAR COPIA AL POSTULANTE**

FORMULARIO 4

CONSTANCIA DE APTITUD DEL POSTULANTE

Lugar y fecha

Sr. Empleador:

Postulante:

CUIL o DNI/LC/LE:

Tareas propuestas:

Por lo presente, se informa que sobre la base de los resultados obtenidos en el examen médico preocupacional realizado el / / al postulante mencionado precedentemente y de las tareas propuestas mencionadas por Ud., se concluye que el mismo se encuentra:

APTO

SIN

CON

PREEXISTENCIAS

NO APTO

.....
Firma y sello del
Médico del Trabajo del empleador