RESOLUCIÓN N° 354 /SPS.-
EXPEDIENTE N° 2861/410-SGA-2020.-

ANEXO

Formulario Solicitud de Licencia Psiquiátrica

SAN MIGUEL DE TUCUMAN, ____/____/____

**AL JEFE DEL DEPARTAMENTO SALUD OCUPACIONAL
DEL SI.PRO.SA**

Dr./a
S _____ / _____ D

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DOMICILIO PARTICULAR ACTUALIZADO _____

TELEFONO: _____ D.N.I. N° _____

PERMANENTE: TRANSITORIO: RESIDENTE:

REPARTICION: _____ NIVEL: _____

HORARIO: _____ ASISTENCIAL: NO ASISTENCIAL:

CARÁCTER: AMBULATORIO: INTERNADO:

DECRETO 380/1

ENFERMEDAD CORTO TTO. (ART. 35ª)

ENFERMEDAD LARGO TTO. (ART. 35b)

Los agentes que revistan carácter de **no permanente**(Art. 58 Inc. A y C de la Ley 5908: **contratados y reemplazantes**) **no les corresponde licencias medicas.**

Por la presente autorizo para que toda información o comunicación referida al trámite de la licencia que por el presente se solicita sea notificada vía WhatsApp al número _____ o vía e-mail a la casilla de correo: _____, siendo absolutamente válida toda notificación efectuada en dicha forma.- Asimismo manifiesto que conozco el carácter obligatorio de mi concurrencia en toda oportunidad que sea citado.

Firma del agente

LICENCIA:

INICIO ____/____/____

PRORROGA ____/____/____

COMUNICO SU AUSENCIA DENTRO DE LAS DOS PRIMERAS HORAS DE INICIO DE SU ACTIVIDAD LABORAL

SI

NO

FIRMA DEL JEFE/A SERVICIO

FIRMA DIRECTOR/A

Para ser llenado por el profesional tratante:

Paciente: _____

DNI: _____

Fecha de primera consulta: _____

Diagnostico: _____

CIE 10:

Duración de la licencia: _____

Desde: _____

Hasta: _____

Domicilio donde cumplirá la licencia el agente:

Plan terapéutico propuesto:

Por la presente, el que suscribe Dr. /Dra. _____, M.P

_____, declaro ser medico tratante del paciente

_____ y me comprometo a asistir a la Junta

Medica oportunamente convocada por el Depto. de Salud Ocupacional del SIPROSA para el

análisis del otorgamiento de la licencia sugerida u otros.- A tal fin autorizo que toda convocatoria sea efectuada vía WhatsApp al número _____ o vía e-mail a la casilla de correo: _____, siendo absolutamente válida toda notificación efectuada en dicha forma.-

Lugar y fecha

Firma profesional

Requisitos que deben contener los certificados de indicación de licencia:

- 1) Diagnostico por CIE – 10
- 2) Fecha de inicio de los síntomas actuales y antecedentes del cuadro actual (si los hubiere)
- 3) Esquema de tratamiento: fármacos indicados, dosis y fecha de inicio, fecha de última modificación del esquema farmacológico (si lo hubiere)
- 4) Tipo de abordaje psicoterapéutico (si corresponde) y objetivos del tratamiento
- 5) Fecha de inicio del tratamiento y frecuencia de las consultas
- 6) Tipo de consultas (presencial, virtual)
- 7) Síntomas actuales: enumeración de los síntomas detectados para arribar al diagnóstico considerado
- 8) Resumen de evolución desde la última consulta: si existen o no mejoras, cambios terapéuticos programados, etc.
- 9) Síntomas que le impiden trabajar: cuales son los síntomas que interfieren con su desempeño laboral, razones que justifican dicha conclusión, aspectos en los que la prestación de trabajo interferiría en la recuperación del agente, etc
- 10) Estrategia terapéutica, para la eventual reinserción laboral del agente, tiempo estimado presuntivo de reincorporación a las tareas.