

ANEXO 1
FORMATO DE CERTIFICADO MÉDICO
LEY Nº 30012 (*)

Que, habiéndose solicitado la emisión del certificado médico necesario para el goce de la licencia prevista en la Ley Nº 30012, Ley que concede el derecho de licencia a trabajadores con familiares directos que se encuentran con enfermedad en estado grave o terminal o sufran accidente grave, el médico que suscribe la presente, cumple con indicar lo siguiente:

Nombre del establecimiento y dirección:

Datos del paciente	Datos del familiar directo
Nombre: <hr/>	Nombre: <hr/>
Documento de identidad: <input type="checkbox"/> DNI _____ <input type="checkbox"/> Carné de extranjería _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte _____ <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____	Documento de identidad: <input type="checkbox"/> DNI _____ <input type="checkbox"/> Carné de extranjería _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte _____ <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____
Nº de Historia Clínica: <hr/>	Vínculo con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo (a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador

Diagnóstico del paciente (según CIE - 10 o versión actual vigente):

Calificación de la Enfermedad:

Enfermedad grave Accidente grave Enfermedad terminal

¿Se ha requerido hospitalización? Sí _____ No _____; de ser afirmativa la respuesta, indicar las fechas de hospitalización:

Otros (especificar):

Firma, CMP, Sello

(*) El presente certificado médico tiene una vigencia de siete (7) días calendario contados a partir de su emisión.