Ministerio de Salud
Gobierno de Santa Cruz

HOSPITAL REGIONAL RIO GALLEGOS

## Servicio Médico del Trabajo y Reconocimientos Médicos

Repartición:

Lugar de Trabajo:

Situación Laboral: Planta Permanente ☐ Contratado/a ☐ Sin Estabilidad ☐

Fecha de Ingreso: ☐ ☐ ☐ Función:

Apellido y Nombre

Nº Documento de Identidad

Fecha de Nac: ☐ ☐ ☐ Tel:

Domicilio Calle - Número - Barrio

| INICIO | | | ALTA | | | | LICENCIA POR | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | M | A | D | M | A | Días Just. | Art. 9A Dec. 917 (8) | Art. 9C Dec. 917 (11) | Art. 9D Dec. 917 (12) | Art. 9F Dec. 917 (18) | Art. 9B Dec. 917 (20) | Art. 9H Dec. 917 (10) | Enf. Crónica Ley 2774 | Diagnóstico Cod CIE 10 - CEPS10 | Médico Tratante |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| INICIO | | | ALTA | | | | LICENCIA POR | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | M | A | D | M | A | Días Just. | Art. 9A Dec. 917 (8) | Art. 9C Dec. 917 (11) | Art. 9D Dec. 917 (12) | Art. 9F Dec. 917 (18) | Art. 9B Dec. 917 (20) | Art. 9H Dec. 917 (10) | Enf. Crónica Ley 2774 | Diagnóstico Cod CIE 10 - CEPS10 | Médico Tratante |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |