

## HISTORIA CLINICA

Completar cuando se solicita licencia por enfermedad de tratamiento prolongado.

Apellido ..... Nombres .....  
Edad ..... Est. Civil ..... Nacionalidad ..... DNI – LE – LC .....  
Domicilio ..... Localidad .....  
Ministerio ..... Repartición .....  
Tarea que realiza ..... Fecha de ingreso .....

¿Efectuó examen médico al ingresar como agente civil de la Nación?                      SI       -       NO

¿Dónde? ..... Fecha .....

¿Desde cuándo no asiste al trabajo? .....

Enfermedad actual .....  
.....  
.....  
.....

Evolución y tratamientos efectuados .....  
.....  
.....

Estado actual: Biotipo ..... Talla ..... Peso .....  
.....  
.....

### ANTECEDENTES

Hereditarios .....  
.....  
.....

Personales .....  
.....  
.....

Exámenes complementarios efectuados (transcribir resultados de análisis, electrocardiogramas, radiografías, etc, efectuados y, de ser posible, enviar original)

.....  
.....  
.....

Conclusión clínica .....

.....

Diagnóstico .....

.....

Pronóstico .....

Médico que lo asiste .....

Tratamiento indicado .....

.....

Tiempo de licencia aconsejado (desde y hasta qué fecha) .....

.....

¿Se le acordó licencia por enfermedad en alguna oportunidad?                      SI           -           NO

¿De acuerdo a qué artículo de la reglamentación vigente y en qué fecha? (Art. 8, 11, 12 y 14 del Superior Decreto 8567/61)

Desde ..... Hasta ..... por Art. N° .....

.....

.....

.....

Observaciones .....

.....

.....

Lugar y fecha .....

.....

*Nombre del médico examinante*

*Firma*

Resolución del Jefe de licencias (*Este espacio no debe llenarse*)

.....

.....

*Firma y sello aclaratorio*

Resolución del Jefe del Departamento /Delegación de Contralor Médico .....

.....

*Firma y sello aclaratorio*