

ANEXO 1
FORMATO DE CERTIFICADO MEDICO
LEY N° 30012

Que, habiéndose solicitado la emisión del certificado médico necesario para el goce de la licencia prevista en la ley N° 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 : _____ Documento de identidad: <input type="checkbox"/> DNI _____ <input type="checkbox"/> Carne de extranjería _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte _____ <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ N° de Historia Clínica: _____	Nombre : _____ Documento de identidad: <input type="checkbox"/> DNI _____ <input type="checkbox"/> Carne de extranjería _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte _____ <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ 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: <input type="checkbox"/> Enfermedad grave <input type="checkbox"/> Accidente grave <input type="checkbox"/> 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.



REQUISITOS PARA EL TRÁMITE

- Corresponde, **07 días de LICENCIA CON GOCE DE HABER**, para el trabajador que asiste a su Familiar Directo: esposa(o), padre, madre, hijos; en estado de salud grave o terminal.
- El Anexo deberá ser **LLENADO, FIRMADO y SELLADO** por Medico de **ESSALUD o MINSA**.

BIENESTAR DE PERSONAL