

**FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN POR ENFERMEDAD  
PARA USO EXCLUSIVO DE LOS MÉDICOS DE FEMI  
( Autorizado por el BPS )**

**Licencia Médica:**

Fecha de acto médico		

Número: .....

<b>Solicitante</b>		Especialidad:	
Tipo de Documento	Documento N°	Apellidos	Nombres
C.I.	Fronterizo		
Domicilio		Localidad	Teléfono

<b>Licencia</b>			
Patología	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Comentario:
	Código	Diagnóstico Clínico	
Patología Secundaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Código	Diagnóstico Clínico	
Desde:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Cantidad de días: <input type="text"/>	Hasta: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Abandona Domicilio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Solo Tratamiento <input type="checkbox"/>	Continuación de Licencia anterior <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Internación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Lugar de Internación <input type="text"/>	
ESTA CERTIFICACIÓN MÉDICA SE INCORPORA A LA HISTORIA CLÍNICA:			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Accidente de tránsito :	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Accidente de trabajo/Enfermedad Profesional:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-------------------------	---	--	---

<b>Médico Certificador</b>	Especialidad que desempeña:	
Nombre y Apellido (Letra de Imprenta)	N° Caja Profesional	Firma Médico Certificador (No rúbrica):
Nombre de la Institución Prestadora que certifica:		

Es deber del solicitante informarle a la o las empresas donde cumple tareas que se ha certificado por enfermedad.

**Autorización del Beneficiario/Obligación de no Trabajar**

Autorizo a que la información contenida en este formulario sea remitida al Banco de Previsión Social y a SEMI a los efectos requeridos para mi certificación laboral. Asimismo me obligo a no realizar ninguna tarea remunerada o inconveniente para mi recuperación mientras esté en goce de licencia por enfermedad. En caso de incumplir esta obligación SEMI queda autorizada a no liquidarme el complemento de subsidio por enfermedad correspondiente (**Artículo 24 de los Estatutos de SEMI**).

Nombre: .....

**LETRA DE IMPRENTA**

Firma Completa: .....

**(NO RÚBRICA)**

SELLO DE LA INSTITUCIÓN:	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------

**Importante:**

No debe adjuntarse a la certificación el timbre profesional, quedando el costo de éste a cargo del BPS (Trabajadores Privados).

El trabajador debe solicitar al médico la constancia de certificación (la segunda vía).

Cada certificación podrá realizarse por un plazo máximo de 30 días.

En caso de corresponder una continuación de la Licencia, los períodos deben de ser consecutivos.

Por lo establecido en el artículo noveno del Contrato de Gestión entre la JUNASA y los Prestadores de Salud, la comunicación de esta Licencia deberá efectuarse en el término de 48 hs. contados a partir de la consulta médica, aplicando el formato y los medios de remisión electrónica de datos compatibles con el sistema que ponga a disposición el BPS.

Es deber del solicitante informarle a la empresa que se ha certificado por enfermedad.

La información de este formulario será utilizada sólo para los propósitos del Sistema Nacional de Certificación Laboral y de SEMI.

**SEMI podrá rechazar el certificado y no pagar el complemento del subsidio por enfermedad si el formulario no fuese correctamente completado o si la certificación no se hizo en presencia del médico certificador.**

El médico certificador deberá tener en cuenta para fijar los días de licencia el protocolo según patología que luce en el reverso de este documento.