**FICHA DE REGISTRO**

**No.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SECCIÓN SALUD Y SEGURIDAD LABORAL**

**FORMULARIO PARA EL REGISTRO DE ENFERMEDAD**

**Fundamento Legal:** “Reglamento de Carrera Administrativa”, Publicado en Gaceta Oficial, jueves 2 de abril de 2015.

**Artículo 198:** Cuando el servidor público sufra de enfermedad crónica, involutiva o degenerativa debidamente certificada, se le otorgarán los permisos correspondientes para que acuda a sus citas de control y tratamiento sin ser descontados de los días a que tiene derecho por ausencias justificadas.

**Artículo 199:** El servidor público a quien su médico le diagnostique una de las enfermedades estipuladas en el artículo anterior se deberá comunicar y presentar a la Dirección General de Recursos Humanos con certificación médica y los períodos, citas, control y mantenimiento; con el propósito de que se mantenga constancia en su expediente y a la vez la Dirección General de Recursos Humanos, notifique a su jefe inmediato las ausencias justificadas; además se considerara el día anterior y posterior a la cita que será utilizado para desplazarse al centro de Atención Médica.

**DATOS GENERALES**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. De Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No.S.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: Femenino Masculino Estado civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unidad Administrativa o académica donde trabaja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la enfermedad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

Observaciones

Presenta diagnóstico médico que comprueba la enfermedad

Presenta certificado del Servicio de Medicina del Trabajo

Tratamiento de Medicina física y rehabilitación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toma medicamentos para esta enfermedad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toma otro tipo de medicamentos

Incapacidad por accidente laboral

Incapacidad por enfermedad laboral

Otros estudios especializados \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del trabajador Fecha de entrega de documentos

Sección de Salud y Seguridad Laboral: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_