

Universidad Autónoma de Chiriquí
Dirección General de Recursos Humanos
Sección de Salud y Seguridad Ocupacional

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:** _____
Nombre Apellido

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

	Datos de la Enfermedad	Observaciones
Presenta Diagnostico Médico que Comprueba la enfermedad	<input type="checkbox"/>	
Presenta Certificado del Servicio de Medicina del Trabajo	<input type="checkbox"/>	
Tratamiento de Medicina Física y Rehabilitación	<input type="checkbox"/>	
Toma medicamentos para esta enfermedad	<input type="checkbox"/>	_____
Toma otro tipo de Medicamentos	<input type="checkbox"/>	_____
Incapacidad por Accidente Laboral	<input type="checkbox"/>	
Incapacidad por Enfermedad Laboral	<input type="checkbox"/>	
Otros Estudios Especializados:	<input type="checkbox"/>	_____

Firma del Trabajador

Fecha de entrega de documentos

