

ALTA MÉDICA — RETURN TO WORK

Nota Médica de Reincorporación Laboral

El/La profesional Dr./Dra.: _____ Mat.: _____

Institución: _____ Especialidad: _____

AUTORIZA LA REINCORPORACIÓN LABORAL DE:

Nombre completo: _____

Empresa: _____ Puesto: _____

Documento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

SE OTORGA ALTA MÉDICA Y SE AUTORIZA LA REINCORPORACIÓN:

Fecha de alta médica: _____ Apto/a a partir de: _____

Tipo de alta: ☐ Total ☐ Parcial ☐ Con seguimiento ☐ Condicional

DIAGNÓSTICO PREVIO / PATOLOGÍA TRATADA:

CONSIDERACIONES PARA LA REINCORPORACIÓN:

Emitido en: _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Fecha

____ / ____ / ____

Firma y Sello del Médico

Dr./Dra.: _____