

**FORMATO DE CERTIFICADO MÉDICO**
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:

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS - INEN Av. Angamos Este 2520 – Surquillo	
DATOS DEL PACIENTE	DATOS DEL FAMILIAR DIRECTO
Nombres y apellidos: _____ Documento de identidad: <input type="checkbox"/> DNI: _____ <input type="checkbox"/> Carné de extranjería: _____ <input type="checkbox"/> Pasaporte: _____ <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ N° de Historia Clínica: _____	Nombres y apellidos: _____ Documento de identidad: <input type="checkbox"/> DNI: _____ <input type="checkbox"/> Carné 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"/> Cónyugue <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