

CONTROL DE AUSENTISMO

La salud ocupacional es uno de los medios mas importantes para garantizar la calidad de vida de los agentes,entendiendo que este aspecto es un factor fundamental, estrategicamente relacionado con la calidad del servicio brindado.De ahí la importancia de brindar mejores y mas eficientes servicios de salud laboral de los agentes,cuyo objetivo esencial consiste en la prevención de los riesgos laborales,la optimizacion de las condiciones y el medio ambiente de trabajo,elevando la calidad de vida del agente ya sea que este enfermo o sano.

La salud y la enfermedad no deben considerarse en términos absolutos sino relativos..Tampoco son fenómenos estáticos sino dinámicos ,tanto desde el punto de vista individual como social ya que se hallan en permanente evolución.

La noción actual de salud integra los niveles individual,social y ambiental. Hoy en día se tienen muy en cuenta los factores de riesgo en relación con las condiciones socio ambientales .la higiene ,el tipo de vivienda ,la alimentación,el trabajo,el stress,la contaminación ,el ruido,etc.

MEDICINA LABORAL

CONTROL DE AUSENTISMO

Se propone la creación de la **Comisión de Reconocimientos Médicos**, dependiente del Departamento de Medicina Laboral a cargo de la Sub Jefatura del Cuerpo Médico Forense, que cumplirá las siguientes funciones:

1º Será función de la **Comisión de Reconocimientos Médicos**, constituirse en el domicilio del agente en solicitar licencia médica por razones de salud, toda vez que el mismo se hallare imposibilitado para la deambulacion.

2º Deberá concurrir al domicilio del agente, por solicitud de los Señores Jueces y/o jefes de dependencia, toda vez que lo solicitaren en razón de alguna caso en particular.

3º Para los casos en que el agente se encontrare internado, la **Comisión de Reconocimientos Médicos**, deberá constituirse en la Institución Médica, a los fines de la valoración del caso en relación a la Licencia Médica.

4º Independientemente de la certificación de la Licencia, la **Comisión de Reconocimientos Médicos**, deberá labrar un acta de constatación, en la que se consignaran los datos de la entrevista.

De la integración

La **Comisión de Reconocimientos Médicos**, estará a cargo del coordinador del departamento de medicina Laboral, dependiente de la Sub Jefatura del Cuerpo Medico Forense.

La **Comisión de reconocimientos Medico**, estará integrada por los médicos de Tribunales que se desempeñen en el Departamento de medicina Laboral.

Cumplirán turnos semanales rotatorios, con la suficiente disponibilidad horaria, a los fines de la cumplimentación de la función.

De la Logística operativa:

- Para la cumplimentación de las funciones de la **Comisión de Reconocimientos Médicos**, deberá contar con un medio de transporte, para el traslado del profesional, acorde a la reglamentación vigente.
- El profesional de turno, deberá ejecutar el organigrama de visitas domiciliarias programadas, confeccionado por el coordinador del Departamento de Medicina Laboral, emitiendo los informes correspondientes a la finalización del turno, lo cual a su vez será cargado al LEU (Legajo Único Electrónico) para que la Sección personal del STJ, tenga acceso a una rápida información de la situación del agente en cuestión.
- Sin perjuicio del punto anterior, deberá concurrir, al reconocimiento de los casos⁸ indicados en forma no programada que surjan de la demanda diaria o por solicitud de los Sres Magistrados, Funcionarios o jefes de dependencias.

Certificado Domiciliario de Control Médico

Nº:

▪ **DATOS DEL AGENTE:**

Apellido:.....

Nombre completo:.....

Documento: TIPO..... Nº:..... Nº Legajo/DNI.....

Dependencia donde cumple funciones:.....

Código:.....

CRISTIAN M
SECRETARIO
S. PERINT
PERIQUITA

▪ **CONTROL DOMICILIARIO:** Fecha:...../...../..... Hora:..... Nº de llamada/Solicitud:.....

Domicilio de la Visita de Control: Calle..... Nº.....

Piso..... Depto..... Localidad..... Departamento.....

RAZONES DE CONTROL DOMICILIARIO NO EFECTUADO

Médico a domicilio no realizado

Domicilio Equivocado.

Agente Ausente en el Domicilio.

▪ **POR ATENCION DE FAMILIAR ENFERMO.** Completar este cuadro:

Vínculo Familiar:..... Documento - TIPO:..... Nº.....

Apellido:..... Nombre Completo:.....

Convive con el agente SI / NO

Se le concedió Licencia Médica por Días..... Fecha Desde:...../...../..... - Hasta...../...../.....

Tit/Int Suplente

.....
Firma del Agente

▪ **POR ENFERMEDAD DEL AGENTE.** Completar este cuadro:

Enfermedades Comunes: SI NO

Se le concedió Licencia Médica por Días..... - Fecha Desde:...../...../..... - Hasta...../...../.....

Largo Tratamiento: SI NO

ENFERMEDAD PSIQUIATRICA

ENFERMEDAD NO PSIQUIATRICA

Se le concedió Licencia Médica por Días..... CORRIDOS - Fecha Desde:...../...../..... - Hasta...../...../.....

▪ **POR MATERNIDAD.** Completar este cuadro:

Maternidad: **Embarazo Alto riesgo**

Parto Diferido y Nacimiento Pre-Término:

Lactancia

Se le concedió Licencia Médica por Días..... CORRIDOS - Fecha Desde:...../...../..... - Hasta...../...../.....

DICTAMEN MÉDICO: Código de diagnóstico de la OMS.....

Descripción/Observaciones.....

Solicita Junta Médica SI / NO. Causa.....

Justifica falta NO / SI. Observaciones:.....

Profesional de la comisión de reconocimientos médicos:

Apellido y Nombre.....

Matrícula:..... Código:.....

Fecha:...../...../..... - Hora:..... de Prestación.

.....
Firma y sello del profesional

.....
Firma del Agente - Aclaración