

FORMULARIO PARA REFRENDO DE INCAPACIDAD TEMPORAL LABORAL

1. Datos de Derechohabiente									
Nombre completo:*									
Número de Tarjeta de Identidad:*									
Número telefónico fijo:*					Número celular:				
Correo electrónico:									
Nombre del patrono:*									
2. Datos de Gestor Oficioso/Apoderado Legal									
Nombres:*									
Número de tarjeta de identidad:*									
Número telefónico fijo:*					Número celular:				
Correo electrónico									
3. Datos de Certificado/Constancia de Incapacidad									
Número de certificado:*									
Continuidad (marcar con X)*			Primera incapacidad <input type="checkbox"/>		Primera prórroga <input type="checkbox"/>		Prórrogas posteriores <input type="checkbox"/>		
Extendida en:*			Ciudad:			Departamento			
Fecha expedición:*			Día	dd	Mes	mm	Año		aaaa
Nombre del Médico:*									
Especialidad del Médico:									
Nombre clínica/hospital:*							Público <input type="checkbox"/>		Privado <input type="checkbox"/>
Fecha inicio incapacidad:*			Día	dd	Mes	mm	Año		aaaa
Fecha finalización incapacidad*			Día	dd	Mes	mm	Año		aaaa
*Información requeridos de forma obligatoria para poder recibir su petición en ventanilla									
4. Documentos de soporte (marcar con X los documentos acompañados)									
Documentos originales o fotocopias autenticadas									
En caso de ser extendidos en el extranjero deben ser traducidas y legalizadas									
<input type="checkbox"/> Certificación/Constancia Médica con firma y sello (autorizado por Colegio Médico) del médico tratante*									
<input type="checkbox"/> Constancia Médica con firmas y sellos (autorizado por Colegio Médico) de médico tratante, Jefe del Departamento y Director del Hospital Público*									
<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento de menor en caso de Incapacidad Posnatal*									
<input type="checkbox"/> Carta Poder Autenticada/Poder General (en caso de ser presentada por apoderado legal)*									
Fotocopias									
<input type="checkbox"/> Certificado(s) anterior(es) en caso de prórroga(s).*									
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad Derechohabiente.*									
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad de gestor(a) oficioso(a).*									
*Documentos requeridos de forma obligatoria para poder recibir su petición en ventanilla									
Declaro que toda la información consignada en mí solicitud es fidedigna y me comprometo a atender el requerimiento del personal administrativo y médico evaluador, caso contrario deparará en lo que hubiere lugar a derecho de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 5 párrafo primero del Reglamento para la Emisión y Refrendo del Certificado de Incapacidad Temporal del Instituto Hondureño de Seguridad Social : "Antes de extender un certificado de incapacidad temporal, el médico u odontólogo tratante está obligado evaluar el historial clínico, incapacidades anteriores y examinar al paciente, dejando constancia en el expediente clínico físico (con letra legible) y/o electrónico...".									

Agosto 2020

Firma Peticionario(a)/Gestor(a) Oficioso(a)

Todo derechohabiente debe comparecer ante la Secretaría General dentro de cinco (5) días hábiles a la presentación para recibir información sobre el estado de su solicitud