



SOLICITUD DE BAJA MEDICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

I. DATOS DEL TRABAJADOR

Yo, Sr (a).....mayor de edad, con domicilio en:
....., barrio:.....
.....calle:N°.....
con Carnet de Identidad N°..... y número de teléfono:
solicito se me extienda la BAJA MEDICA, por ser un paciente positivo de COVID-19.

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Asumo el compromiso de realizar la cuarenta como corresponde al ser un paciente positivo de COVID-19 y autorizo el seguimiento y monitoreo vía digital, además me comprometo a acudir de manera inmediata si los síntomas no son estables y empiezo a presentar una desmejora progresiva, así como seguir el tratamiento recomendado por el médico tratante.

Deslindando de responsabilidad al Seguro si mi persona no acude de forma inmediata cuando presente desmejora, siendo yo el único responsable de lo sucedido con mi salud.

NOTA.- Una vez tenga los resultados de laboratorio y este sea positivo, tiene 24 horas para realizar la solicitud de la baja.

II. FIRMA

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR