

Apellido y Nombre.....

Tipo y N° de documento.....

Lugar de residencia: Provincia:

Departamento..... Localidad.....

Calle..... N°..... Piso..... Depto....

Cód. Postal..... Teléfono.....

Fecha de nacimiento..... /..... /..... Edad..... Sexo.....

Presta servicio en:

1. Solicito licencia por reintegrar el grupo de riesgo

1.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS (señalar con un círculo)

Fiebre ($\geq 37,4^{\circ}\text{C}$)

Tos

Odinofagia

Dificultad respiratoria

1.2. ENFERMEDADES PREVIAS /COMORBILIDADES (marque con una cruz en caso afirmativo)

a. Enfermedades respiratorias crónica

- hernia diafragmática,
- enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC
- enfisema congénito
- displasia broncopulmonar
- traqueostomizados crónicos
- bronquiectasias
- fibrosis quística
- asma;

b. Enfermedades cardíacas

- Insuficiencia cardíaca
- enfermedad coronaria
- reemplazo valvular
- valvulopatías
- cardiopatías congénitas



- c. Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no oncohematológica)
- VIH dependiendo del status (< de 350 CD4 o con carga viral detectable)
 - pacientes con VIH con presencia de comorbilidades independientemente del status inmunológico
 - utilización de medicación inmunosupresora o corticoides en altas dosis (mayor a 2 mg/kg/día de metilprednisona o más de 20 mg/día o su equivalente por más de 14 días)
 - inmunodeficiencia congénita
 - asplenia funcional o anatómica
 - desnutrición grave
- d. Pacientes oncohematológicos trasplantados
- tumor de órgano sólido en tratamiento
 - enfermedad oncohematológica hasta seis meses posteriores a la remisión completa
 - trasplantados de órganos sólidos o de precursores hematopoyéticos;
- e. Obesos mórbidos (con índice de masa corporal > a 40)
- f. Diabéticos
- g. Personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses.

2. Solicito licencia por ser mayor de 60 años de edad.

3. Solicito licencia por embarazo.

El suscripto declara bajo juramento que la información precedente suministrada es auténtica, y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud, deliberada sobre mi verdadero estado de salud, determinará que el beneficio de la licencia extraordinaria no se produzca.

Enviar por mail al área que corresponda.