



FORMULARIO PARA REFRENDO DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL

1. Datos de Derechohabiente										
Nombre completo:*										
Número de tarjeta de identidad:*										
Número carné de afiliación:*										
Número telefónico fijo:*					Número celular					
Correo electrónico:										
Nombre del patrono:*										
Número inscripción patronal:*										
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 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 Post Natal*										
<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"/> Carné de afiliación derechohabiente.										
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad de gestor(a) oficioso(a).*										
<input type="checkbox"/> Comprobante de vigencia de derechos *										
<input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorio y de gabinete que apoyan el diagnóstico.										
*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.

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

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



IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Social

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