



# IHSS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

## FORMULARIO PARA REFRENDO DE INCAPACIDAD TEMPORAL LABORAL

HONDURAS

### 1. Datos de Derechohabiente

|                          |  |                 |  |
|--------------------------|--|-----------------|--|
| Nombre completo:*        |  |                 |  |
| Número DNI:*             |  |                 |  |
| Número telefónico fijo:* |  | Número celular: |  |
| Correo electrónico:      |  |                 |  |
| Nombre del patrono:*     |  |                 |  |

### 2. Datos de Gestor Oficioso/Apoderado Legal

|                          |  |                 |  |
|--------------------------|--|-----------------|--|
| Nombres:*                |  |                 |  |
| Número DNI:*             |  |                 |  |
| Número telefónico fijo:* |  | Número celular: |  |
| Correo electrónico       |  |                 |  |

### 3. Datos de Certificado/Constancia de Incapacidad

|                                  |     |                  |                     |                                  |  |
|----------------------------------|-----|------------------|---------------------|----------------------------------|--|
| Número de certificado:*          |     |                  |                     |                                  |  |
| Continuidad (marcar con X)*      |     |                  |                     |                                  |  |
| Primera incapacidad              |     | Primera prórroga |                     | Prórrogas posteriores            |  |
| Extendida en:*                   |     |                  |                     |                                  |  |
| Ciudad:                          |     | Departamento     |                     |                                  |  |
| Fecha expedición:*               |     |                  |                     |                                  |  |
| Día                              | Mes | Año              | Días de incapacidad |                                  |  |
| Nombre del Médico:*              |     |                  |                     |                                  |  |
| Especialidad del Médico:         |     |                  |                     |                                  |  |
| Nombre clínica/hospital:*        |     |                  |                     |                                  |  |
| Público <input type="checkbox"/> |     |                  |                     | Privado <input type="checkbox"/> |  |
| Fecha inicio incapacidad:*       |     |                  |                     |                                  |  |
| Día                              | Mes | Año              | Días de incapacidad |                                  |  |
| Fecha finalización incapacidad*  |     |                  |                     |                                  |  |
| Día                              | Mes | Año              | Días de incapacidad |                                  |  |

\*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)*   |
| <b>Fotocopias</b>        |  |
| <input type="checkbox"/> | Certificado(s) anterior(es) en caso de prórroga(s).*   |
| <input type="checkbox"/> | Documento Nacional de Identificación (DNI) Derechohabiente.*   |
| <input type="checkbox"/> | Documento Nacional de Identificación (DNI) 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...".

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