



INSTRUCTIVO FORMULARIO DIRECCIÓN DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS

El ingreso al formulario se realiza en forma online a través de la siguiente URL:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdJYXXgEWvUpiVEKJnXxVz4D3nVqbGRskxe5zf5vBQj-JHYQ/viewform>

También se podrá acceder al mismo a través del siguiente código QR, que podrá escanearse con un dispositivo móvil:



IMPORTANTE:

Para poder completar el formulario, se deberá iniciar sesión con una cuenta de Gmail.

En caso de no tener una, deberá crearla ingresando a “Crear Cuenta” y seguir los pasos.

Google

Iniciar sesión

Ir a Formularios

Correo electrónico o teléfono

[¿Has olvidado tu correo electrónico?](#)

¿No es tu ordenador? Usa el modo invitados para iniciar sesión de forma privada. [Más información](#)

[Crear cuenta](#) [Siguiente](#)

Español (España) ▾ [Ayuda](#) [Privacidad](#) [Términos](#)

En el formulario se solicita subir DOS archivos en formato pdf, motivo por el cual se recomienda tener previamente escaneados:

- DNI (anverso y reverso)
- Certificado y/o Historia clínica que avale la solicitud, con la firma del profesional interviniente.



Para escanear desde el celular, se recomienda utilizar alguna aplicación como AdobeScan o CamScanner. Son libres y gratuitas. Se pueden descargar de cualquier AppStore.

Al ingresar con su cuenta, verá lo siguiente:

Luego deberá completar obligatoriamente todos los campos que tengan el *:

El correo electrónico que escriba en este apartado tiene que ser correcto, ya que allí es donde se enviarán las respuestas del formulario que complete:

Al hacer click en siguiente, verá la Sección DATOS PERSONALES:



NOMBRES *

Tu respuesta

FECHA DE NACIMIENTO *

Formato de fecha solicitado: DD/MM/AAAA

Tu respuesta

EDAD *

Tu respuesta

DNI *

Ingresar la información sin puntos. Debe tener 8 dígitos. Ejemplo:24897XXX. Si su DNI fuera menor a 10 millones, agregar un cero antes. Ejemplo:09XXXXXX

Tu respuesta

ADJUNTAR DNI ANVERSO Y REVERSO *

Por favor agregue el DNI en formato PDF. Se recomienda utilizar alguna aplicación como AdobeScan o CamScanner para escanear con el celular. Son libres y gratuitas. Se pueden descargar de cualquier AppStore. Nombrar el archivo con el siguiente formato: N°DNI_DNI y luego adjuntarlo. Ej: 24000xxx_DNI

 [Añadir archivo](#)

DOMICILIO REAL *

Indicar cual es el domicilio donde vive.

Tu respuesta



LOCALIDAD *
Indicar localidad donde reside.

Tu respuesta _____

TELÉFONO PERSONAL *
Indicar su teléfono con el código de área correspondiente. Ejemplo:(0280)1540000

Tu respuesta _____

Para pasar a la siguiente sección, deberá haber completado todos los campos obligatorios.

DATOS LABORALES

Nº DE OFICINAS/ ESCUELAS DONDE TRABAJA *
Indicar el Nro de oficina o Escuela donde trabaja. Por ejemplo si trabaja en la Escuela N°1, colocar: 1. Si trabaja en más de una, separar los números con comas. Ejemplo: 746, 757, 3006.

Tu respuesta _____

REGIÓN *
Indicar la región educativa

Elige ▾

FUNCIÓN QUE CUMPLE
Seleccionar la opción que corresponda.

Elige ▲

Elige

DOCENTE

PERSONAL AUXILIAR



TIPO DE SOLICITUD *
Elegir la opción que corresponda

LICENCIA

CAMBIO DE FUNCIONES

TAREAS PASIVAS

Atrás Siguiente Borrar formulario

De acuerdo a la opción seleccionada en el apartado anterior, podrá ver una de las siguientes pantallas:

Si elige LICENCIA verá:

LICENCIA SOLICITADA

LICENCIA SOLICITADA *
Elegir la opción que corresponda

Art. 5 B

Art. 45 con haberes

Art. 36 con haberes

Atención familiar

Otro: _____

FECHA DE INICIO DE LA LICENCIA *
Formato de fecha solicitado: DD/MM/AAAA

FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA LICENCIA *
Formato de fecha solicitado: DD/MM/AAAA

Atrás Siguiente Borrar formulario



Si elige Cambio de funciones verá:

CAMBIO DE FUNCIONES

FECHA DE INICIO CAMBIO DE FUNCIONES *
Formato de fecha solicitado: DD/MM/AAAA

Tu respuesta

FECHA DE FINALIZACIÓN CAMBIO DE FUNCIONES *
Formato de fecha solicitado: DD/MM/AAAA

Tu respuesta

Atrás Siguiente Borrar formulario

Si elige tareas pasivas verá:

TAREAS PASIVAS

FECHA DE INICIO TAREAS PASIVAS *
Formato de fecha solicitado: DD/MM/AAAA

Tu respuesta

FECHA DE FINALIZACIÓN TAREAS PASIVAS *
Formato de fecha solicitado: DD/MM/AAAA

Tu respuesta

Atrás Siguiente Borrar formulario

Al hacer click en el botón Siguiente, cualquiera en cualquiera de las tres opciones anteriores accederá a la sección:

AGREGAR CERTIFICADO / HISTORIA CLÍNICA

CERTIFICADO - HC
Por favor agregue el certificado o historia clínica en formato PDF que avale la solicitud correspondiente. Se recomienda utilizar alguna aplicación como AdobeScan o CamScanner para escanear con el celular. Son libres y gratuitas. Se pueden descargar de cualquier AppStore. Nombrar el archivo con el siguiente formato: DNI_Cert.y luego adjuntarlo. Ej: 24000xxx_Cert

⬆️ Añadir archivo



El campo OBSERVACIONES es el único campo no obligatorio del formulario. Lo completará quien desee agregar algún comentario o aclaración

OBSERVACIONES

Completar si desea hacer algún comentario u observación.

Tu respuesta

Por último, deberá enviar al formulario:

Se enviará una copia de tus respuestas por correo electrónico a la dirección que has proporcionado.

Enviar

Borrar formulario