

ANEXO II

Procedimiento para la solicitud del permiso de ausencia extraordinaria al lugar de trabajo para trabajadoras embarazadas y trabajadores/as comprendidos/as dentro de los grupos de riesgo (Incisos b) y c) del Artículo 11 del Decreto N° 147/20).

Artículo 1°.- EMBARAZADAS. A los fines de tramitar el permiso de ausencia extraordinaria al lugar de trabajo, en lo términos del inciso b) del artículo 11 del Decreto N° 147/20, las trabajadoras embarazadas deberán enviar un correo electrónico a **dispensas_dgamt@buenosaires.gob.ar** (pertenece a la Dirección General Administración de Medicina del Trabajo – en adelante “DGAMT”), adjuntando la siguiente información:

- Declaración Jurada (DDJJ VACUNACIÓN COVID-19).
- Certificado del médico obstetra, aclarando nombre y apellido de la paciente, fecha probable de parto y de la última menstruación, lugar y fecha de atención no mayor a 30 días previo a la de presentación, firma y sello legible del profesional junto con el número de matrícula.
- Copia de la última ecografía fetal con informe fechado y firmado donde se lea la FPP (fecha probable de parto) y/o la semana de gestación.

En el asunto del mail deberán colocar: **“CUIL - Apellido y Nombre - EMBARAZO”**.

Artículo 2°.- GRUPOS DE RIESGO. A los fines de tramitar el permiso de ausencia extraordinaria al lugar de trabajo, en lo términos del inciso c) del artículo 11 del Decreto N° 147/20, los/as trabajadores/as que se encuentren comprendidos/as dentro de los grupos de riesgo contemplados en el Anexo I a la Resolución N° 2600-GCABA-SSGRH/21, o los que en un futuro se incorporen, deberán enviar un correo electrónico a **dispensas_dgamt@buenosaires.gob.ar** (pertenece a la Dirección General Administración de Medicina del Trabajo – en adelante “DGAMT”), adjuntando, de acuerdo al grupo de riesgo en que se encuentre, la siguiente información:

- I. **Grupo de Riesgo inc. A: Personas con enfermedades respiratorias crónicas: hernia diafragmática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quística y asma moderado o severo:**
 - Declaración Jurada (DDJJ VACUNACIÓN COVID-19).
 - Certificado médico membretado donde conste el diagnóstico y tratamiento farmacológico detallado indicando dosis diaria. Debe ser expedido por el médico tratante (especialidad relacionada con la patología) y con fecha no mayor a 30 días previo a la de presentación.
 - Planilla de medicación crónica expedida por la obra social o prepaga con firma del profesional tratante.
 - Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente, en caso de poseer (no el pase de viaje).
 - Estudios Complementarios relacionados:
 - i. Asma: Última Espirometría realizada con informe (máxima antigüedad 2019).

- ii. EPOC, enfisema, bronquiectasias, fibrosis: Última radiografía y/o TAC (Tomografía de Tórax) informadas (máxima antigüedad 2019).

En el asunto del mail deberán colocar: **“CUIL - Apellido y Nombre - GRUPO A”**.

II. Grupo de Riesgo inc. B: Personas con enfermedades cardíacas: insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatías y cardiopatías congénitas:

- Declaración Jurada (DDJJ VACUNACIÓN COVID-19).
- Certificado médico membretado donde conste el diagnóstico y tratamiento farmacológico detallado indicando dosis diaria. Debe ser expedido por el médico tratante (especialidad relacionada con la patología) y con fecha no mayor a 30 días previo a la de presentación.
- Planilla de medicación crónica expedida por la obra social o prepaga con firma del profesional tratante.
- Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente, en caso de poseer (no el pase de viaje).
- Estudios Complementarios relacionados:
 - i. Reemplazo valvular: Epicrisis de la cirugía cardiovascular si la cirugía es menor a 5 años.
 - ii. Enfermedad Coronaria, insuficiencia cardíaca: Último Eco Doppler Coronario informado donde conste FEY y FEV (máxima antigüedad 2019)
 - iii. Arritmias: Electrocardiograma informado. En caso de ablación cardíaca, epicrisis.

En el asunto del mail deberán colocar: **“CUIL - Apellido y Nombre - GRUPO B”**.

III. Grupo de Riesgo inc. C: Personas con inmunodeficiencias: • Congénita, asplenia funcional o anatómica (incluida anemia drepanocítica) y desnutrición grave. • VIH dependiendo del status (< de 350 CD4 o con carga viral detectable). • Personas con 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):

- Declaración Jurada (DDJJ VACUNACIÓN COVID-19).
- Certificado médico membretado donde conste el diagnóstico y tratamiento farmacológico detallado indicando dosis diaria. Debe ser expedido por el médico tratante (especialidad relacionada con la patología) y con fecha no mayor a 30 días previo a la de presentación.
- Planilla de cronicidad o solicitud de medicación donde se detalle la misma (deberá ser expedido por la institución, obra social o medicina prepaga y confeccionado o firmado por su médico tratante).
- Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente, en caso de poseer (no el pase de viaje).
- Estudios complementarios relacionados:
 - i. En los casos de personas con VIH, último laboratorio no mayor a 6 meses con conteo de CD4 y Carga Viral.

En el asunto del mail deberán colocar: **“CUIL - Apellido y Nombre - GRUPO C”**.

IV. Grupo de Riesgo inc. D: Personas diabéticas, personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses:

- Declaración Jurada (DDJJ VACUNACIÓN COVID-19).
- Certificado médico membretado donde conste el diagnóstico y tratamiento farmacológico detallado indicando dosis diaria. Debe ser expedido por el médico tratante (especialidad relacionada con la patología) y con fecha no mayor a 30 días previo a la de presentación.
- Planilla de medicación crónica expedida por la obra social o prepaga con firma del profesional tratante.
- Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente, en caso de poseer (no el pase de viaje).
- Estudios complementarios relacionados:
 - i. Laboratorio: Debe contener Glucemia, Insulinemia, Hemoglobina Glicosilada. No deberá ser anterior a 3 meses de antigüedad.
 - ii. Enfermedad Renal: Ecografía Renal. Laboratorio: debe contener Creatinina y Análisis de Orina (no deberá ser menor a 3 meses de antigüedad).
 - iii. Diálisis: Certificado/Orden de prestación.

En el asunto del mail deberán colocar: **“CUIL - Apellido y Nombre - GRUPO D”**.

V. Grupo de Riesgo inc. E: Personas con certificado único de discapacidad:

- Declaración Jurada (DDJJ VACUNACIÓN COVID-19).
- Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente, en caso de poseer (no el pase de viaje).

En el asunto del mail deberán colocar: **“CUIL - Apellido y Nombre - GRUPO E”**.

VI. Grupo de Riesgo inc. F: Personas con obesidad con IMC igual o superior a 40 kg/m2 (Obesidad grado 3):

- Declaración Jurada (DDJJ VACUNACIÓN COVID-19).
- Certificado médico membretado donde conste el diagnóstico y tratamiento farmacológico detallado indicando dosis diaria. Debe ser expedido por el médico tratante (especialidad relacionada con la patología) y con fecha no mayor a 30 días previo a la de presentación.
- Indicar IMC con cálculo detallado (peso y estatura)
- Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente, en caso de poseer (no el pase de viaje).

En el asunto del mail deberán colocar: **“CUIL - Apellido y Nombre - GRUPO F”**.

VII. Grupo de Riesgo inc. G: Pacientes trasplantados de órganos sólidos o de precursores hematopoyéticos:

- Declaración Jurada (DDJJ VACUNACIÓN COVID-19).
- Certificado médico membretado donde conste el diagnóstico y tratamiento farmacológico detallado indicando dosis diaria. Debe ser expedido por el médico tratante (especialidad relacionada con la patología) y con fecha no mayor a 30 días previo a la de presentación.
- Credencial de Trasplantado.
- Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente, en caso de poseer (no el pase de viaje).

En el asunto del mail deberán colocar: **“CUIL - Apellido y Nombre - GRUPO G”**.

Artículo 3°.- COMITÉ PARA LA EVALUACIÓN DE GRUPOS DE RIESGO COVID-19. La DGAMT, con la debida intervención del Comité para la Evaluación de Grupos de Riesgo COVID-19, en los casos que corresponda, procederá a analizar la documentación enviada por los/as trabajadores/as. A su vez, podrá requerir información adicional, siendo responsabilidad de el/la trabajador/a dar respuesta en el término de 48 horas. En caso de corresponder, la DGAMT consignará el permiso de ausencia al lugar de trabajo en el SIAL o sistema que corresponda. En caso de constatar falsedad en la información consignada, no se justificarán las inasistencias y se aplicarán las sanciones que correspondan de acuerdo al marco normativo aplicable.



G O B I E R N O D E L A C I U D A D D E B U E N O S A I R E S
"2021 - Año del Bicentenario de la Universidad de Buenos Aires"

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Buenos Aires,

Referencia: Anexo II- Procedimiento para la solicitud del permiso de ausencia extraordinaria al lugar de trabajo para trabajadoras embarazadas y trabajadores/as comprendidos/as dentro de los grupos de riesgo (Incisos b) y c) del Artículo 11 del Decreto N° 147/20

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 4 pagina/s.