INFORME MÉDICO DEL SOLICITANTE

Fecha | | |

Nombre: _____ Edad: _____

Profesión: _____ Especialidad: _____

Domicilio Constituido (C.T.): _____ Ciudad: _____

Mutualista: _____ No. Afiliado C.J.P.P.U.: _____

HISTORIA CLÍNICA COMPLETA

Deberán adjuntarse a la presente, fotocopia de exámenes paraclínicos realizados.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

_____

_____

_____

_____

_____

POR LO EXPUESTO SE CONCLUYE:
(Marque con una X lo que corresponda)

El titular se encuentra incapacitado para el desempeño de:

☐ Su profesión

☐ Toda tarea

Fecha de inicio de la incapacidad: _____

Nombre del médico informante: _____

Especialidad: _____

Timbre profesional	Fecha	Firma del médico

_____

HISTORIA CLÍNICA COMPLETA (continuación)