

DECLARACION DEL MEDICO TRATANTE

Nombre del Paciente _____ Edad _____

Fecha de los Primeros síntomas _____

¿Cuándo le consultó el paciente por primera vez sobre esta enfermedad? _____

¿Ha tenido el paciente alguna vez condición similar o igual a esta? SI _____ NO _____

(en caso positivo, diga cuando y descríbala); _____

Especifique la naturaleza de la enfermedad _____

Diga el tiempo de evolución de la enfermedad _____

Describa:

Signos y síntomas de la enfermedad: _____

Exámenes realizados (especifique resultados): _____

Fecha del diagnóstico: _____ Impresión diagnóstica: _____

Tratamiento _____

Pronostico _____

¿Esta todavía el paciente a su cuidado por esta enfermedad? SI _____ NO _____

¿Puede ser reubicado en su trabajo habitual? SI _____ NO _____

Diagnostico principal que causa la incapacidad: _____

La enfermedad causa: (encierre en un círculo) 1. Incapacidad parcial –reversible 2. Incapacidad total - reversible
3. Incapacidad parcial – Permanente 4. Incapacidad Total - Permanente

Motivo de la incapacidad: _____

Apartir de que fecha el paciente sufre la incapacidad: _____ Si fue dado de alta, indique fecha y condición _____

OSERVACIONES _____

Nombre del médico tratante _____ Telef _____

Ciudad _____ País _____

Firma, sello, y código del médico tratante: _____