

CERTIFICADO MEDICO - B

NOMBRE DEL LESIONADO: _____

Cual es el estado actual del lesionado y el resultado de la cura?

El estado actual obedece unicamente a las consecuencias del accidente del dia _____ de _____ de 19____? Si _____ No _____

O existian otras enfermedades que agravaron las mismas ? _____

En caso afirmativo, en que grado ? _____

Ha terminado ya el tratamiento? en caso afirmativo, cuanto tiempo estuvo el lesionado en tratamiento ? desde el _____ de 19 _____ hasta el _____ de 19 ____ ? _____

En caso contrario, cual sera la conducta medica a seguir ? _____

Durante el tiempo de la cura, que porcentaje de inhabilitación ha tenido el lesionado en su trabajo ?

Está el lesionado en condiciones de reanudar normalmente sus ocupaciones ? _____ en que fecha ? _____

En caso contrario, cuando mas o menos podra hacerlo ? _____

NOMBRE Y CODIGO DEL MEDICO

FIRMA DEL MEDICO

LUGAR Y FECHA