

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD FISICA

El que suscribe, Dr. _____

especialidad a cargo _____

certifica que Don: _____

de _____ años de edad, identificado con D.I. _____

presenta el siguiente diagnóstico: _____

Diagnósticos adicionales: _____

Con un grado de incapacidad:

TOTAL ☐ PERMANENTE ☐

TRANSITORIO ☐

PARCIAL ☐ PERMANENTE ☐

TRANSITORIO ☐ _____ %

Se puede curar? SI ☐ NO ☐

Mediante cuál procedimiento:

Quirúrgicos SI ☐ NO ☐

Rehabilitación SI ☐ NO ☐

Otros: _____

Otros datos de interés a juicio del médico interviniente: _____

¿ Se encuentra en la actualidad bajo asistencia médica? SI ☐ NO ☐

¿ Es la afección causa de incapacidad civil? SI ☐ NO ☐

LUGAR Y FECHA:

SELLO Y FIRMA DEL MEDICO

Certifico que la firma que antecede pertenece al Dr. (1) _____

SELLO

FIRMA RESPONSABLE

(1) Certificación de la firma por parte de una autoridad competente- (Dirección de hospital - Colegio Médico y/o Juez de Paz).-