



CERTIFICADO MEDICO

El que suscribe, Dr. M.P.:
con especialidad en..... M.E.:

CERTIFICA que ha examinado a
....., de años de edad, M.I.:
de profesión; habiendo constatado que padece
las dolencias que se indican seguidamente:

1) Diagnóstico:.....
.....

Evolución:
.....

Tratamiento:
.....

2) Diagnóstico:.....
.....

Evolución:
.....

Tratamiento:
.....

3) Diagnóstico:.....
.....

Evolución:
.....

Tratamiento:
.....

Grado incapacidad actual: por ciento (..... %) de la T.O.

Carácter de la misma (transitoria / definitiva):

Pronóstico:
.....

Tiempo durante el cual no podrá desempeñar tareas laborales:
.....

Lugar y fecha:

Firma del Médico:
Sello aclaratorio

Espacio reservado para certificación de firma por Consejo Médico.

