

CERTIFICADO MÉDICO PARA ACREDITACIÓN EN ANSES

Lugar y fecha.....de...../...../.....

..... APELLIDO Y NOMBRE DEL/LA SOLICITANTE NÚMERO DE DOCUMENTO

Domiciliado/a en:

Calle:..... N°..... Piso..... Depto..... Entre calle..... Y calle Barrio..... Localidad..... C.P..... Tel..... Mail..... Partido/Departamento..... Provincia.....

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

1. Indicar enfermedad causal de la incapacidad laborativa:
2. Tipo y grado de secuelas clínicas de la misma:
3. Otras enfermedades: (Detallar, tengan o no relación a la enfermedad principal)
4. ¿Hay incapacidad para el desempeño de las tareas laborales habituales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> La incapacidad es: Total: <input type="checkbox"/> Parcial: <input type="checkbox"/> Permanente: <input type="checkbox"/> Temporaria: <input type="checkbox"/> Porcentaje Estimado: _____% de incapacidad laboral.
5. La incapacidad es de orden predominante: Físico <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Físico y Mental <input type="checkbox"/>

Al presente certificado médico deberá adjuntarse:

Resumen Historia Clínica Exámenes Laboratorio actualizado Tratamiento indicado
Lugar y fecha.....de...../...../.....

.....
Firma y Sello del Médico Actuante

Sello del Hospital

Firma y Sello del Director del Hospital