Caja de Profesionales Universitarios

INFORME MÉDICO

(TODO EL FORMULARIO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR MEDICO TRATANTE)

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD: _____

PROFESION: _____ ESPECIALIDAD: _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____

MUTUALISTA: _____ No. AFILIADO C.J.P.P.U.: _____

HISTORIA CLÍNICA COMPLETA

Deberán adjuntarse a la presente, fotocopia de exámenes paraclínicos realizados.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

HISTORIA CLÍNICA COMPLETA (continuación)

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

POR LO EXPUESTO SE CONCLUYE QUE EL TITULAR:

(Marque con una X lo que corresponda)

	Se encuentra incapacitado en forma absoluta y no definitiva para el desempeño de su profesión.
	Se encuentra incapacitado en forma absoluta, permanente y definitiva para el desempeño de su profesión.
	Se encuentra incapacitado en forma absoluta, permanente y definitiva para el desempeño de toda tarea

FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD: _____

NOMBRE DEL MÉDICO INFORMANTE: _____

ESPECIALIDAD: _____

Timbre profesional

_____ _____

Fecha Firma del médico