

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTOS MEDICOS **F1**

Lugar:.....Fecha:...../...../.....

A) IDENTIFICACION DEL AGENTE

APELLIDO Y NOMBRE:..... DNI:.....

FECHA DE NACIMIENTO:...../...../.....

CEL:..... MAIL:.....

DOMICILIO:.....Nº:.....PISO:.....

CIUDAD:.....DEPARTAMENTO:.....

B) DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE: C.U.E.:

SITUACION DE REVISTA:

TITULAR

☐

INTERINO/A

☐

SUPLENTE

☐

C) LLENAR EN CASO DE ATENCION FAMILIAR

A Y N DEL FAMILIAR:DNI:.....

GRADO DE PARENTESCO: EDAD:

D) DATOS DEL MEDICO QUE CERTIFICA

MEDICO TRATANTE

A. Y N.:..... M.P:

E) RECONOCIMIENTO MEDICO PARA: (Marcar con una cruz lo que corresponda)

Lic. por
Maternidad

☐

Carpeta Med.
Consultorio

☐

Carpeta Med.
Domicilio

☐

Atencion
Familiar

☐

SELLO DE INSTITUCION

FIRMA Y SELLO

DIRECTIVO Y/O RESPONSABLE

MAIL DE LA INSTITUCION:

.....