



## CERTIFICADO MÉDICO LEGAL (SM)

### **DATOS DEL AGENTE**

|                    |              |       |                      |
|--------------------|--------------|-------|----------------------|
| Nombre y Apellido: |              |       |                      |
| DNI:               | Sexo:        | Edad: | Fecha de nacimiento: |
| Estado Civil:      | Escolaridad: |       | Teléfono:            |
| Domicilio:         |              |       | Mail:                |

### **DATOS LABORALES**

|        |                 |
|--------|-----------------|
| Cargo: | Estado docente: |
|--------|-----------------|

### **DATOS DEL MÉDICO TRATANTE:**

|                    |            |
|--------------------|------------|
| Nombre y Apellido: | Matrícula: |
| Especialidad:      | Teléfono:  |

### **DATOS DE SALUD**

|                                        |              |
|----------------------------------------|--------------|
| FECHA INICIO DE TRATAMIENTO:           | DIAGNÓSTICO: |
| FRECUENCIA DE CONSULTAS:               |              |
| PLAN TERAPÉUTICO:                      |              |
| ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: SI/NO       | MOTIVO:      |
| DERIVACION A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:  | SI/NO        |
| FRECUENCIA DE CONSULTAS:               | PROFESIONAL: |
| TRATAMIENTOS ANTERIORES:               |              |
| ESTUDIOS SOLICITADOS:                  |              |
| PATOLOGÍAS CONCOMITANTES:              |              |
| EVOLUCIÓN Y RESPUESTA TERAPÉUTICA:     |              |
| PRONÓSTICO PROBABLE (en días o meses): |              |
| OBSERVACIONES:                         |              |

Firma del Médico