



CERTIFICADO MÉDICO LEGAL (T)

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

<u>ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS:</u>	<u>DIAGNÓSTICO:</u>
--------------------------------------	---------------------

CIRUGÍAS TRAUMATOLÓGICAS:

EXAMEN FÍSICO:

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

TRATAMIENTO:

¿El paciente es adherente al tratamiento instaurado? Si/No

¿Ha indicado modificar tareas en su ámbito laboral y/o en su vida cotidiana? Si/No

¿Qué tareas puede realizar?

¿Qué tareas debe evitar realizar?

¿Ha indicado al paciente reducción horaria o cambio de horario laboral? Si/No

¿Ha indicado al agente fecha de una nueva evaluación? Si/No Fecha:

OBSERVACIONES:

Firma del Médico