



Indicar pronóstico de la enfermedad desde el punto de vista laboral y fecha probable de alta.

3. Conclusión u otros comentarios

En caso de irrecuperabilidad:

Debe iniciar trámite de invalidez a contar de: _____

4. Datos del médico tratante:

Nombre

Especialidad

Dirección de la consulta o Institución a la cual pertenece.

Nombre, firma y timbre de médico tratante.

(Favor no poner el timbre sobre el nombre)

Teléfono: _____ **Fecha del informe :** ____/____/____

Correo electrónico: _____