

La Plata,..... dede.....

El presente informe deberá ser completado por el médico tratante y tendrá valor de **DECLARACIÓN JURADA**. Los profesionales que integren la Junta Médica lo tendrán en cuenta como **elemento orientador**, siendo indispensables que el examinado presente, además estudios de **diagnóstico complementarios** realizados en su oportunidad que en su caso, le requieran los profesionales que integren la mencionada Junta.

1. Apellido y Nombre del paciente:
2. Tipo y N° de Documento:
3. ¿En qué fecha usted fue consultado/a por primera vez respecto de la patología que afecta a su paciente?.....
4. ¿ Cuáles fueron las primeras manifestaciones y/o síntomas ?
.....
5. ¿Cuál fue su diagnostico de la patología que afecta a su paciente ?
.....
6. ¿ Cuáles fueron los estudios complementarios que se efectuaron a su paciente para corroborar el Diagnostico mencionado?
.....
7. ¿ Cuáles son los principales síntomas y/o secuelas actuales que padece su paciente ?
.....
8. ¿ En qué fecha le realizo usted la última atención y/o curación ?
.....
9. ¿ Existe algún tratamiento clínico, quirúrgico y/o uso de artificio de técnica (prótesis, ortesis, bastones, etc) que puedan mejorar el estado actual de su paciente?
.....

10. En caso de no estar recluido el paciente en su casa: ¿por qué no puede realizar trabajo total o parcial?

.....

11. Indique la fecha aproximada desde la cual su paciente presenta la incapacidad descripta

.....

12. ¿Se sugiere curatela? (tache lo que no corresponda).En caso afirmativo, fundame patología:

NO / SI:.....

13. En el caso de que su paciente haya sido intervenido quirúrgicamente, sírvase adjuntar resumen de protocolo quirúrgico.

.....

14. ¿ Considera Ud. que existe algún otro dato de interés sobre la dolencia de su paciente y/o sobre su estado actual?

.....

Nombre y Apellido del Médico:.....

Firma del Médico:

Sello y Matricula del Médico:.....

Residencia del Médico: Calle y N°.....

Ciudad:Código Postal:Pcia.:

E- MAIL: