

CERTIFICADO MÉDICO

REGLAMENTO DE SOLIDARIDAD – ARTICULO 18: El certificado médico deberá ser llenado íntegra y correctamente (en el formulario expedido por COOMECIPAR), sin enmiendas ni correcciones y cuyo contenido deberá estar avalado por el médico tratante a través de su firma y sello o aclaración de firma, con el N° de Registro Profesional. Caso contrario no se considerará válido.

1- DATOS DEL/LA MÉDICO/A TRATANTE:

Nombre/s y Apellido/s: _____

Registro Profesional N°: _____ Especialidad/es: _____

Tel. N°: _____ Celular N°: _____

2- DATOS DEL/LA SOCIO/A O HIJO/A MENOR:

Nombre y Apellido del paciente: _____

Debe permanecer en reposo durante (_____) días, a contar desde el ____/____/____

3- DIAGNÓSTICO(S):

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

4- BREVE INFORME CLÍNICO REFERENTE AL/LOS DIAGNÓSTICO/S A LA FECHA DEL REPOSO:

5- INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA REALIZADA:

CIRUGÍA EFECTUADA: _____

Vía clásica Vía laparoscópica Vía endoscópica Vía láser Vía artroscópica

Otros: _____

6- DIAGNÓSTICO CORROBORADO POR:Datos clínicos Datos quirúrgicos Laboratorio Ecografía RX TAC RMN

Anatomía patológica _____ Otros: _____

7- FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO: ____/____/_________
FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE_____
SELLO y/o ACLARACIÓN DE FIRMA