

## CERTIFICADO DE INCAPACIDAD FÍSICA

El que suscribe, Dr. \_\_\_\_\_

especialidad a cargo \_\_\_\_\_

certifica que Don: \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_ años de edad, identificado con D.I. \_\_\_\_\_

presenta el siguiente diagnóstico: \_\_\_\_\_

Diagnósticos adicionales: \_\_\_\_\_

### Con un grado de incapacidad:

TOTAL

PERMANENTE

TRANSITORIO

PARCIAL

PERMANENTE

TRANSITORIO  \_\_\_\_\_%

Se puede curar? SI  NO

### Mediante cuál procedimiento:

Quirúrgicos SI  NO

Rehabilitación SI  NO

Otros: \_\_\_\_\_

Otros datos de interés a juicio del médico interviniente: \_\_\_\_\_

¿ Se encuentra en la actualidad bajo asistencia médica? SI  NO

¿ Es la afección causa de incapacidad civil? SI  NO

LUGAR Y FECHA:

### SELLO Y FIRMA DEL MEDICO

Certifico que la firma que antecede pertenece al Dr. (1) \_\_\_\_\_

**SELLO**

**FIRMA RESPONSABLE**

(1) Certificación de la firma por parte de una autoridad competente- (Dirección de hospital - Colegio Médico y/o Juez de Paz).-