



Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Programa Federal de Salud

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fechade...../...../.....

Sr. Director del Hospital.....

(Nacional ☐ Provincial ☐ Municipal ☐)

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con el fin de solicitarle quiera tener a bien disponer, por donde corresponda, se cumplimente el cuestionario que obra al dorso de la presente, referido a:

APELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL/LA SOLICITANTE			
L.E. N°	L.C N°	D.N.I. N°	C.I. N°
DOMICILIO PARTICULAR			
Calle.....N°.....Piso.....DeptoEntre calle.....y			
calle.....Barrio.....Localidad.....			
C.P.....Tel.....Partido/Departamento.....Provincia.....			

A los efectos de ser agregado a la solicitud de afiliación interpuesta ante esta Dirección Nacional de Prestaciones Médicas

Saludo a Ud. Atentamente.

.....
Firma y sello del agente receptor

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

.....
(Apellido/s y Nombre/s del/la Solicitante)

se han obtenido las siguientes conclusiones:

I. Indicar enfermedad causal de la discapacidad:

.....

II. Organos afectados:

.....

III. Funciones afectadas:

.....

(Indicar el grado o estadio del compromiso funcional)

IV. Otras enfermedades:

.....

(Detallar, tengan o no, relación con la enfermedad principal)

V. ¿Hay incapacidad con para el desempeño de las tareas habituales? SI ☐ NO ☐

VI. La incapacidad es:

Total ☐ **Permanente** ☐

Porcentaje Estimado: ____%
(de incapacidad laboral)

Parcial ☐ **Temporaria** ☐

VII. La incapacidad es de orden predominantemente:

Físico ☐

Mental ☐

Físico y Mental ☐

VII. Si la incapacidad es mental y el solicitante tiene 21 años o más, deberá indicar si considera necesario gestionar la curatela (Designación de un representante legal en caso de solicitantes alienados mentales mayores de edad)

SI ☐

NO ☐

IX. ¿Un tratamiento adecuado puede modificar un diagnóstico de incapacidad? SI ☐ NO ☐

X. ¿El tratamiento puede ser realizado en el área de residencia? SI ☐ NO ☐

Lugar y fecha:.....de ____ / ____ / ____

.....
Firma y sello del médico actuante

Sello del Hospital

.....
Firma y sello del Director del Hospital