

1.- DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

D.Dña de ... años de edad, y Tfno Trabajador
de la Empresa , donde su actividad laboral es
y que nos indica padecer

2.- DESCRIPCION DEL OBJETO DEL INFORME.

Determinar la capacidad o incapacidad, para su actividad laboral, a causa de enfermedad común, o accidente no laboral.

Apto
No Apto. Duración estimada de la baja (en días)

3.-ANAMNESIS.

A.P:

HISTORIAL:

4.- EXPLORACION FISICA.

Inspección:

Palpación:

Balance articular

Otros Aparatos. (Digestivos, Neurológicos, oftalmológicos, etc)

5.-CUADROS PSIQUIATRICOS: (Indicar motivos)

Orgánicos
Psíquicos

6.- TRATAMIENTO ACTUAL

P. Diagnósticas? ... Si Lista de espera? ... Si Tiempo estimado? días
... No No

7.-COMENTARIOS

8.- DATOS FACULTATIVO

Dr/Dra Colegiada/o nº por el Ilustre Colegio
de Médicos de Fecha y Firma: