



CERTIFICADO MÉDICO DE
INICIACIÓN DE TRÁMITE

El médico que suscribe, _____

M.I. N° _____, Matrícula Profesional Provincial

Nº _____, domiciliado en _____

Tel. _____, CERTIFICA: que el/la Sr/a. _____

M.I. N° _____, clase _____ domiciliado/a en: _____

se encuentra afectado de _____

Se extiende el presente en _____ a los _____

días del mes de _____ del año _____

Sello Institucional

Firma del médico y sello aclaratorio

EL PRESENTE CERTIFICADO DEBE SER LLENADO A MÁQUINA O CON LETRA TIPO IMPRENTA Y SER SUSCRITO ÚNICAMENTE POR UN MÉDICO ESPECIALISTA EN LA AFECCIÓN INVOCADA COMO CAUSAL DE LA PRESUNTA INVALIDEZ (UN FORMULARIO POR CADA ESPECIALIDAD).

(VER AL DORSO)

EL MÉDICO CERTIFICANTE RESPONDE A CONTINUACIÓN CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

1. Diagnóstico y estadificación clínica de la afección certificada

2. Fecha de la primera consulta _____

3. Desde cuándo acredita el paciente la afectación _____

4. Fundamentos del diagnóstico actual _____

5. Métodos auxiliares y complementarios empleados para el diagnóstico. (Esta documentación médica junto con la historia clínica evolutiva, fojas quirúrgicas y epicrisis si corresponde, deben ser aportadas al momento de iniciar el trámite).

6. Evolución de la enfermedad _____

7. Tratamientos aconsejados y realizados: (descripción y cumplimiento)

8. Centros asistenciales donde se internó o aconsejó internarse al paciente, con expresión de motivos: (aportar Historia Clínica)
