



## CERTIFICADO MÉDICO LEGAL (CL)

### **DATOS DEL AGENTE**

Nombre y Apellido:			
DNI:	Sexo:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Estado Civil:	Escolaridad:		Teléfono:
Domicilio:			Mail:

### **DATOS LABORALES**

Cargo:	Estado docente:
--------	-----------------

### **DATOS DEL MÉDICO TRATANTE:**

Nombre y Apellido:	Matrícula:
Especialidad:	Teléfono:

### **DATOS DE SALUD**

<u>ANTECEDENTES CLÍNICOS:</u>	<u>DIAGNÓSTICO:</u>
-------------------------------	---------------------

<u>ANTECEDENTES DE CIRUGÍAS:</u>
----------------------------------

<u>EXAMEN FÍSICO:</u>
-----------------------

<u>EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:</u>
----------------------------------

<u>TRATAMIENTO:</u>
---------------------

¿El paciente es adherente al tratamiento instaurado?	Si/No
--	-------

¿Ha indicado modificar tareas en su ámbito laboral y/o en su vida cotidiana?	Si/No
--	-------

¿Qué tareas puede realizar?
-----------------------------

¿Qué tareas debe evitar realizar?
-----------------------------------

¿Ha indicado al paciente reducción horaria o cambio de horario laboral?	Si/No
---	-------

¿Ha indicado al agente fecha de una nueva evaluación?	Si/No	Fecha:
---	-------	--------

<u>OBSERVACIONES:</u>
-----------------------

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico