**CERTIFICADO MÉDICO PARA ACREDITACIÓN EN ANSES**

Lugar y fecha………………………………………………de……./……/……

…………………………………………………………………………………………………

APELLIDO Y NOMBRE DEL/LA SOLICITANTE

…………………………………………………

NÚMERO DE DOCUMENTO

Domiciliado/a en:

Calle:………………………………………………. N°……… Piso.……. Depto.………. Entre calle…………………….…………….Y calle ……….…………………………….. Barrio……………………………………… Localidad………………………………….... C.P………. Tel……………………… Mail………………………………………..………. Partido/Departamento…………………………… Provincia……………………………..

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

1. Indicar enfermedad causal de la incapacidad laborativa:

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

1. Tipo y grado de secuelas clínicas de la misma:

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

1. Otras enfermedades:

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

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

1. ¿Hay incapacidad para el desempeño de las tareas laborales habituales? SI  NO

La incapacidad es:

Total:  Parcial:  Permanente:  Temporaria: 

Porcentaje Estimado:\_\_\_\_\_\_\_\_% de incapacidad laboral.

1. La incapacidad es de orden predominante:

Físico  Mental  Físico y Mental 

Al presente certificado médico deberá adjuntarse:

Resumen Historia Clínica  Exámenes Laboratorio actualizado  Tratamiento indicado Lugar y fecha………………………………………de……./……/……

Sello del Hospital

…………………………………… ……..……………………………….

Firma y Sello del Médico Actuante Firma y Sello del Director del Hospital

Sello del Hospital

Lugar y fecha…………………………………………………………de……./……../……….

…………………………………………………………………...... ……………………………………………………………………………….

Firma y sello del médico actuante Firma y sello del Director del Hospital

1. ¿Un tratamiento adecuado puede modificar el diagnóstico de incapacidad? SI NO 
2. ¿El tratamiento puede ser realizado en el área de residencia? SI NO 

EL TRÁMITE ES GRATUITO Y PERSONAL