

CERTIFICADO MÉDICO DE ACCIDENTE INDIVIDUAL

Pol. N° _____

Sin N° _____

- 1) a.- Nombre y Apellido del accidentado: _____
b.- Su profesión: _____
- 2) a.- Fecha, hora y lugar en que se ha practicado el primer reconocimiento: _____

b.- ¿Qué explicaciones ha dado el herido sobre las circunstancias del accidente?: _____

c.- Detalle las lesiones: _____

d.- Causa de las lesiones: _____

e.- Tratamiento que se prescribe: _____

f.- ¿Se necesita hospitalización?: _____
¿Consulta con otro médico?: _____
¿Radiografía o Rayos X?: _____
g.- ¿Se constataron síntomas de embriaguez?: _____
- 3) a.- Pronóstico de las consecuencias probables del accidente: _____

b.- ¿Habrá incapacidad para el trabajo?: _____
Completa ¿Por cuántos días?: _____
Parcial ¿Por cuántos días?: _____ Grado en %: _____
c.- ¿Debe guardar cama?: _____ ¿Cuántos días?: _____
d.- ¿Cuándo se presume que pueda reanudar sus habituales ocupaciones?: _____

(Continúa al dorso)

GUAYAQUIL

Av. 9 de Octubre 2101 y Tulcán
Edificio Ecuatoriano Suiza

QUITO

Av. Los Shyris N37-27 y Naciones Unidas
Edificio Silva Núñez, Piso 8

SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS

Urb. Banco de Fomento, Av. Río Lelia entre Záparos y Zarzas
Edificio Eugenia Rivas de Checa, PB

4) a.- ¿Estuvo el herido antes del accidente en buena salud y en plena capacidad para el trabajo?: _____

b.- ¿Qué enfermedades o defectos físicos padecía?: _____

c.- ¿Alguna enfermedad o defecto físico puede ser la causa del accidente o tener influencia en la curación?: _____

d.- ¿Existen consecuencias de lesiones anteriores que puedan agravar las del accidente?: _____

e.- ¿En qué estado psíquico se encontraba el herido en el momento del accidente?: _____

5) Observaciones: _____

Dirección del Médico: _____

Lugar y Fecha: _____

Firma del Médico