

## 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.- Pronostico de las consecuencias probables del accidente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
c.- ¿Debe guardar cama?: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos días?: \_\_\_\_\_  
d.- ¿Cuándo se presume que pueda reanudar sus habituales ocupaciones?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Continúa al dorso)

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

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