



CONSTANCIA MEDICA POR DISCAPACIDAD A VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO.

El infrascrito médico _____ del

establecimiento de salud del MINSAL/ISSS/ Hospital Privado: _____

Por medio de la presente hago constar que el paciente: _____

_____ de _____ años de edad

Con DUI # _____ fue atendido por ser víctima de un accidente de tránsito

Fecha de Ingreso al centro hospitalario: _____

Fecha de Egreso del centro hospitalario: _____

MARQUE CON UNA "X" LA LIMITACION O DIFICULTAD QUE PRESENTA AL EGRESO:

- a. Física o motora (Parálisis, movilidad, amputaciones, otros) _____
- b. Mental (comprensión, conducta, lenguaje, conciencia, otros) _____
- c. Visual, auditiva u olfativa _____
- d. Deficiencias múltiples (especifique): _____

TEMPORAL (duración 3-6 meses) PERMANENTE (Mayor a 6 meses)

Como consecuencia de (los) siguiente(s) diagnóstico(s):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Causa externa: (incluir mecanismo, intencionalidad, lugar y actividad que realizaba el paciente)

Fecha del accidente: _____ Hora del accidente: _____

Y para los usos legales que el (la) interesado(a) estime conveniente, se extiende la presente en la Ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

F: _____

Firma y sello del médico

F: _____

Firma y sello del director del establecimiento de salud