

**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