



B0476803



Agencia Nacional de Discapacidad



80476803

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y fechade...../...../.....

Sr./Sra. Director/a del Hospital/ Responsable del Establecimiento:

(Nacional Provincial Municipal)

S / D

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitar se dé cumplimiento al cuestionario que obra al dorso de la presente, referido a:

Completar todos y cada uno de los rubros

| DATOS PERSONALES | | |
|--|---------|----------|
| Apellido/S: Nombre/S..... Edad:..... | | |
| L.E. N° | L.C. N° | D.N.I.N° |
| VIVE / RESIDE: | | |
| Calle / Ruta/ Manzana: N°.....Piso/ M. Block N°..... Depto.....Entre calle/ Ruta/ Manzana..... y Calle/Ruta/ Manzana..... Barrio..... Localidad..... | | |
| C.P.Te/Cel.Partido/Departamento.....Provincia | | |
| RESIDENCIA ALTERNATIVA | | |
| Nombre de la Institución / Hogar / Parador: | | |
| Sala..... Piso.....Cama N°..... Unidad/Servicio..... N°..... | | |
| Calle: N°.....Piso Depto.....Entre calle..... y CalleBarrio Localidad..... | | |
| C.P.Te/.....Partido/Departamento.....Provincia | | |
| Otros:..... | | |

A los efectos de ser agregado a la solicitud de Pensión No Contributiva por Invalidez instituida en el Art. 9° de la Ley N° 13.478 Interpuesta ante la Dirección Nacional de Apoyos y Asignaciones Económicas.

Saludo a Ud. atentamente.

.....
Firma y sello.

EL TRÁMITE ES GRATUITO Y PERSONAL

El presente tendrá vigencia por el plazo de (1) un año desde su emisión/entrega, hasta su Certificación por Profesional competente.

FE

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

(Apellido/s Nombre/s de la/el solicitante)

se han obtenido las siguientes conclusiones:

I. Indicar enfermedad lesión o causal de la incapacidad:

II. Tipoy grado de secuelas clínicas de la misma:

Al presente certificado médico se adjunta

- V Resumen de Historia Clínica
- V Estudios complementarios respaldatorios
- V Tratamiento indicado

III. Otras observaciones a considerar:

IV.

La incapacidad es:

Total:

Parcial

Permanente

Temporaria

Porcentaje Estimado: _____ %

(de incapacidad)

Físico

Mental

Físico y Mental

Lugary fecha de / /

Firma y sello
Profesional actuante

Firma y sello
Director/a del Hospital / Responsable del Establecimiento

Sello del Hospital

EL TRÁMITE ES GRATUITO Y PERSONAL



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: CMO QR- EX-2021-47676839- -APN-DNAYAE#AND

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.