

**CERTIFICADO MEDICO ESPECIALISTA/TRATANTE**

Form # 107

versión revisada: LXMC/150428

Lugar y Fecha.....

Certifico haber realizado la **Evaluación Médica** de:(nombres y apellidos completos):

.....con

C.I.

No..... quien presenta un diagnóstico de:

- .....código CIE10.....
- .....código CIE10.....
- .....código CIE10.....

Se empezó tratamiento el (**fecha**):..... de tipo..... **Ejemplo: farmacológico** (describir fármacos y dosis), **rehabilitación** (terapia física, lenguaje, educación especial), **quirúrgico** (tipo y fecha de cirugía). Presenta secuelas que podrían mejorar.....(**ejemplo: mucho, poco, nada**) funcionalmente; si es sometido(a) a:.....(**ejemplo: terapias/nueva cirugía/fármacos/etc.**)

A pesar del tratamiento realizado y como consecuencia de esta condición de salud el (la) paciente presenta las siguientes secuelas **permanentes e irreversibles**:

- .....
- .....
- .....

Es todo cuanto puedo certificar para los fines consiguientes.

Firma:

Nombres y Apellidos

Especialidad:

Código MSP# y sello:

Director/a Médico/a

Nombre del Establecimiento de Salud  
(clínica, hospital, etc.)  
Ciudad, Provincia.....  
Sello

**Nota:** Ejs: En **Otorrinolaringología**, favor incluir Audiometría actualizada; Síndrome de Meniere indicar # de crisis al año y duración de cada una de ellas. En **Oftalmología**, favor incluir examen de agudeza visual con corrección y sin corrección. Anexar EMG en enfermedades neuromusculares, cuando es procedente. En **Neurología** especificar # de convulsiones mensuales. En **Cardiología** capacidad funcional NYHA En nefrología en insuficiencia renal anexar certificados de diálisis permanente. En **Neumología**, espirometría.