

DATOS DEL PACIENTE:				
1ER APELLIDO:	2DO APELLIDO:	NOMBRE:	EDAD:	SEXO: Masc: Fem.:
VECINO DE: (CALLE, No. /CALLES, RPTO.):			MUNICIPIO:	
OCUPACIÓN ACTUAL:	CENTRO DE TRABAJO:	No. HISTORIA CLÍNICA		
POR LA UNIDAD ASISTENCIAL:				
FACULTATIVO 1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	NOMBRE:		
 <i>FACULTATIVO QUE PRESTA ASISTENCIA EN: -----</i> <i>CERTIFICO: QUE A LAS ----- DEL DÍA ----- DE -----</i> <i>HE EXAMINADO AL PACIENTE:</i> <i>DIAGNÓSTICO: -----</i> <i>-----</i> <i>TRATAMIENTO: -----</i> <i>-----</i> <i>-----</i> ☐ <i>PUEDE SEGUIR TRABAJANDO</i> <i>RETORNO AL TRABAJO</i> ☐ <i>ESTÁ INCAPACITADO POR ____ DÍAS DE CONFORMIDAD CON EL</i> <i>EXAMEN PRACTICADO ESTIMO QUE SE TRATA DE UN CASO DE</i> ☐ <i>ENFERMEDAD</i> ☐ <i>ACCIDENTE</i> <i>OBSERVACIONES:</i> <i>-----</i> <i>-----</i> <i>-----</i> <i>Y PARA CONSTANCIA DEBIDA EXPIDO EL PRESENTE EN: ----- A LOS -----DÍAS</i> <i>DEL MES DE -----</i> <i>-----</i> <i>Firma Facultativo</i>				
DATOS DEL REGISTRO:				
NOMBRE Y APELLIDOS (PERSONA QUE REGISTRA)				