



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES MÉDICOS DE INVALIDEZ



I. Identificación Solicitante

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT
------------------	------------------	---------	-----

II. Identificación Médico Tratante

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT
LUGAR DE ATENCIÓN: CALLE		NÚMERO	DEPTO/BLOCK/POBLACIÓN O VILLA
COMUNA	LOCALIDAD/CIUDAD	REGIÓN	CASILLA DE CORREO

III. Configuración del Impedimento

DIAGNÓSTICO(S)

FECHA INICIO PATOLOGÍA(S)

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD O IMPEDIMENTO

EVOLUCIÓN DE LA(S) PATOLOGÍA(S) SEÑALE UNA DE ELLAS

MEJORÍA

ESTABILIZACIÓN

AGRAVAMIENTO

TERAPIAS MÉDICAS O QUIRÚRGICAS EFECTUADAS O POR EFECTUAR

FIRMA Y TIMBRE MÉDICO
