



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba

📍 27 de Abril 772 - Córdoba
☎ 351 850-1234
✉ info@cpsps.org.ar
🌐 www.cajasalud.com.ar

CERTIFICADO MÉDICO

El médico que suscribe (Apellido y Nombre)

M.P. N°:....., especialista en..... M.E.N°

con domicilio en Teléfono N°:.....

CERTIFICA haber examinado al Sr./ Sra.....

de..... años de edad, fecha de Nacimiento:....., D.N.I. N°.....

de profesión....., Especialidad..... con domicilio en

calle....., N°, Localidad.....

Povincia....., C.P. Quien padece de.....

.....

.....

.....

.....

Institución donde fue asistido/a:.....

Bajo Historia Clínica N°a partir de fecha.....

Exámenes complementarios en que fundamenta el Diagnóstico:.....

.....

.....

.....

.....

Pronóstico.....

Tratamientos aconsejados:

Tiempo de recuperación laboral estimada.....

Porcentaje de incapacidad laboral actual Física/ Psíquica (Números:% Letras:.....%).

Calificación de la Incapacidad: - TRANSITORIA: SI/NO - PERMANENTE: SI/NO - DEFINITIVA: SI/NO

Desde que fecha considera el inicio de la enfermedad incapacitante

Observaciones: (Breve fundamento de lo certificado)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Para ser presentado ante las autoridades de la Caja de Previsión Social para Profesionales de la Salud de la Provincia de Córdoba. -

Lugar y Fecha

Firma

Deberá ser llenado de puño y letra por el Profesional Médico de cabecera, con letra clara sin enmiendas, evitando siglas y/o códigos y a título de declaración jurada.