

Lugar y fecha:.....

## DICTAMEN MEDICO DE ACCIDENTE LABORAL

NOMBRES Y APELLIDOS:.....

JERAQUIA:..... NI..... DESTINO:.....

FEHA ACCIDENTE: ..... / ..... / ..... MEDICO ACTUANTE:.....

DIAGNOSTICO: .....

REFERENCIAS: Informe Medico Legal de el/la Dr/a:.....

De fecha: ..... / ..... / ..... relato obrante en el Formulario 691/99 N°:..... De la Seccional / dependencia:..... del: ..... / ..... / .....

Acta de procedimiento N°: ..... De la Seccional / dependencia: ..... del: ..... / ..... / .....

POR LO ANTES EXPUESTO LA/S LESION/ES Y/O DOLENCIA/S SUFRIDAS PODRIA/N ENCUADRARSE A PRIMA FACIE DENTRO DE LO NORMADO EN EL ART. 19° DEL DECRETO 4413/79.-

Medico actuante (firma y sello)