

INFORME MÉDICO

DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos y Nombres

Cédula de Identidad

Facultad

Escuela

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellidos y Nombres del Médico tratante

Matrícula M.S.A.S

Coleg. Méd. (Estado)

FINES DE LA CONSTANCIA

Apelación a las Medidas de Rend. Permisos

Otros _____

INFORME MÉDICO

El Estudiante Estuvo

Hospitalizado

Tratamiento ambulatorio

Número de Historia

Nombre del Instituto Médico u Hospital

desde: [] / [] / [] hasta: [] / [] / []

DIAGNÓSTICO (S): _____

OBSERVACIÓN:

Se anexará a éste informe médico los resultados de los Análisis de Laboratorio, Rx, Anatomía Patológica y/o Constancia de Egreso certificada por la Dirección del Hospital o Clínica.

Por medio de la presente el Médico antes identificado declara bajo fe de juramento que los datos contenidos en este Informe Médico son ciertos. Así mismo autorizo a la Universidad de Los Andes para que me constate la veracidad de los mismos.

Esta certificación la hago conforme a lo señalado en el Artículo 74 de la Ley Orgánica del Patrimonio Público, el Artículo 113 numeral 5 de la Ley de Ejercicio de la Medicina y el artículo 114 del Código de Ética y Deontología Médica.

Firma del Médico Tratante

Fecha [] / [] / []