

DATOS DEL PACIENTE:

1er. APELLIDO: Castro	2do. APELLIDO: Soto del Valle	NOMBRE: Arce	EDAD: 34	SEXO: Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
VECINO DE: (CALLE No. / CALLES, RPTO.):			MUNICIPIO:	
OCUPACION ACTUAL:	CENTRO DE TRABAJO:	No. HISTORIA CLINICA: 74051450501		

POR LA UNIDAD ASISTENCIAL:

FACULTATIVO 1er. APELLIDO: Diaz	2do. APELLIDO: Garcia	NOMBRE: Gilbrato
---	---------------------------------	----------------------------

FACULTATIVO QUE PRESTA ASISTENCIA EN: **Ciudad**

CERTIFICO: QUE A LAS **10:00** M DEL DIA **1** DE **2/09**

HE EXAMINADO AL PACIENTE:

DIAGNOSTICO: **lesiones multiples por accidente de tránsito**

TRATAMIENTO: **Reposo e Inmovilización del cuello**

PUEDE SEGUIR TRABAJANDO

RETORNO AL TRABAJO

ESTA INCAPACITADO POR **15** DIAS DE CONFORMIDAD CON EL

EXAMEN PRACTICADO ESTIMO QUE SE TRATA DE UN CASO DE ENFERMEDAD

ACCIDENTE

OBSERVACIONES: **Reposo por quince días**

Y PARA CONSTANCIA DEBIDA EXPIDO EL PRESENTE EN **C. Habana** A LOS **2** DIAS DEL MES DE **Febrero** 2009



[Handwritten Signature]
Firma Facultativo

DATOS DEL REGISTRO:

NOMBRE Y APELLIDOS (PERSONA QUE REGISTRA): Liony Guerra Ceped	FIRMA: <i>[Signature]</i>	FECHA: 2/2/09	No. DE ORDEN: 1074
---	------------------------------	-------------------------	------------------------------