



Uso: SOFTBOL - A.P. de SOFTBOL

Pol: 16.711 ó 16.482 (+) tacha lo q

INFORME MEDICO

no correspon

Deportista:

Ciudad: Domicilio:

Dónde lo asistieron?

(HOSPITAL SANATORIO)

Médico que lo atiende

Descripción circunstancia, forma, lugar y fecha en la que el lesionado refiere haber sufrido accidente:

Descripción particularizada de las lesiones imputables al accidente

¿Qué tratamiento le ha sido prescripto?

¿Cuántos días demandará aproximadamente la curación de las lesiones?

¿Debe ser internado? ¿Cuántos días?

Observaciones del Médico

Firma del Médico

Lugar y Fecha

Dirección Postal

IMPORTANTE: Recordamos a los Sres. Médicos que la cobertura del Seguro para deportistas es limitada, por lo cual SUGERIMOS si se estimare que la Asistencia Médica Sanatoria, excediera el monto máximo establecido, tramitar en parte con las Obras Sociales, o en forma particular, si correspondiera para así conjuntamente finiquitar el pago total de la asistencia dispensada.

**Instituto
del Seguro**

Instituto Autárquico Provincial del Seguro de Entre Ríos



Uso: SOFTBOL

A.P. de SOFTBOL

Póliza: 16.711 ó 16.482

(tache lo que no corresponda)

San Martín 918/56 - Tel.: (0343) 4208888 - Fax: (0343) 4208882

Casilla de Correo Nº 100 - C.P. 3100 Paraná - Entre Ríos

CERTIFICADO DE ALTA

Accidentado _____

Lugar del Accidente _____ Dpto. _____

Fecha del Accidente _____

Diagnóstico definitivo _____

Curado con o sin incapacidad _____

Fecha de alta _____

CONFORME DEL PADRE, MADRE O TUTOR
O DEL ACCIDENTADO

LUGAR y FECHA _____

FIRMA DEL MEDICO