

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTOS MEDICOS F1

Lugar: Chilecito L.R. Fecha: 02.12.2024

A) IDENTIFICACION DEL AGENTE

APELLIDO Y NOMBRE: Ahumada Eliana Judith DNI: 38.501.052

FECHA DE NACIMIENTO: 20.09.1974

CEL: 3825-457975

MAIL: eliana.ahumada@gmail.com

DOMICILIO: Sanagasta

N°: - PISO: -

CIUDAD: Chilecito

DEPARTAMENTO: Chilecito

B) DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE: Esc N° 370 "Mtro. Fermin Morales" C.U.E.: 460022500

SITUACION DE REVISTA:

TITULAR

☐

INTERINO/A

☐

SUPLENTE

☒

C) LLENAR EN CASO DE ATENCION FAMILIAR

A Y N DEL FAMILIAR: DNI:

GRADO DE PARENTESCO: EDAD:

D) DATOS DEL MEDICO QUE CERTIFICA

MEDICO TRATANTE

A. Y N: M.P:

E) RECONOCIMIENTO MEDICO PARA: (Marcar con una cruz lo que corresponda)

Lic. por
Maternidad



SELLO DE INSTITUCION

Carpeta Med.
Consultorio

☐

Carpeta Med.
Domicilio

☐

Atencion
Familiar

☐

Dña. Maria Rosa Sanchez
DIRECTORA
Esc N° 370 "Mtro. Fermin Morales"

FIRMA Y SELLO

DIRECTIVO Y/O RESPONSABLE

MAIL DE LA INSTITUCION:

escuela.fermin.morales.370@gmail.com