PELAGIO B. LUNA 220 *MEDI FAM* DIVISION LABORAL

LA RIOJA; CAPITAL

FAX. (3804) 4424117 TE. (3804) 4435852

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTOS MEDICOS

**F1**

Lugar……**COLONIA ORTIZ DE OCAMPO**… Fecha…**09/…12…./…2024**

1. IDENTIFICACION DEL AGENTE

APELLIDO Y

NOMBRE……**AGÜERO ANGELA MARIA B.** ……..DNI…**22.677.441**…………………

DOMICILIO:

**RIVADAVIA…** Nº…23…S/N…..PISO…………..DPTO…………………

CIUDAD…**MILAGRO**… .DEPARTAMENTO……**GRAL. ORTIZ DE OCAMPO**…………….

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE……**ESCUELA N° 281 “25 DE MAYO”**…………………C.U.E O COD………**46000523**………………

1. LLENAR EN CASO DE ATENCION FAMILIAR

A Y N DEL

FAMILIAR DNI……

1. DATOS DEL MEDICO QUE CERTIFICA MEDICO TRATANTE

A Y N…………………………………………………………………………………………...…………….MAT. Nº……………………

1. RECONOCIMIENTO MEDICO PARA: (Marca con una cruz lo que corresponda)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lic. Por | Carpeta Med. | Carpeta Med. | Atención Maternidad |
| Consultorio | Domicilio | Familiar |  |



Firma del Director Responsable