INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
DEPARTAMENTO MÉDICO

SOLICITUD PARA EL EXAMEN DEL ESPECIALISTA

Examen especializado de ...l... Sr. (a) .....para .....
Señor doctor: .....
Ruégole informar sobre lo siguiente: .....
.....**DIAGNÓSTICO:**.....
.....**PRONÓSTICO:**.....
.....**GRADO DE INCAPACIDAD LABORAL: PORCENTAJE)**.....
.....FAVOR INFORMAR EN LA PARTE INFERIOR.....
.....
.....
.....
.....

Firma del médico:

El que suscribe médico especialista en: .....
Luego de haber examinado a ....l.....Sr. (a) .....
de ..... años de edad, informa: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Lugar y Fecha:

Firma del médico: