

**ANEXO III**

**INFORME MÉDICO**

Dr. / Dra. \_\_\_\_\_

Emite el siguiente informe Médico sobre:

Sra. /Sr. \_\_\_\_\_

Con el fin de la solicitud de una Comisión de Servicios.

ANTECEDENTES PERSONALES

---

---

---

---

---

PATOLOGÍA ACTUAL

---

---

---

---

---

FECHA DE INICIO DE LA PATOLOGÍA ACTUAL

---

---

---

---

---

SINTOMATOLOGÍA

---

---

---

---

---

TRATAMIENTO

---

---

---

---

---



CAUSA por el QUE SERIA CONVENIENTE UN

CAMBIO DE DESTINO

---

---

---

---

---

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2016.

Fdo. Dr./ Dra.