# FORMULARIO UNICO DE PARTE MEDICO
## Fondo Solidario UAR

***(ESTE FORMULARIO DEBE PRESENTARSE UNA VEZ FINALIZADA LA ATENCIÓN DEL ACCIDENTADO, CONJUNTAMENTE CON TODA LA DOCUMENTACION QUE SE INDICA EN EL Art. 11 Incs.: "b"; "c"; "e"; "f"; "g" y "h")***

**Para ser completado por el Médico:**

a) Descripción de las Lesiones. (*)

.....

.....

.....

(*) Se requiere la descripción de la lesión lo más detalladamente posible, incluyendo su localización anatómica.

b) Curación que le fue practicada:

.....

.....

c) Tratamiento que le ha sido prescripto:

.....

.....

d) Consecuencias del Accidente (tachar lo que no corresponda):

¿Qué consecuencias ha tenido o cree posibles que puede tener el accidente?

¿Puede producir la muerte? SI / NO

¿La inhabilitación permanente? SI / NO ABSOLUTA / PARCIAL

¿Días aproximados de curación de las lesiones? ..... días.-

Lugar y fecha: ...../...../.....-

***Los datos consignados en el presente formulario tienen carácter de Declaración Jurada.***

| ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|
| Firma del accidentado | Firma del Médico | Firma del Presidente o Secretario Unión Local |
| ..... | ..... | ..... |
| Aclaración | Aclaración | Aclaración |

***Para ser llenado por la Autoridad Médica UAR***

.....

.....