

Nombre(s)	1re apellido	2do apellido	Apellido del esposo
N° Seguro Social	N° De Cédula	N° De Caso	Unidad Ejecutora
Nombre y Especialidad del Médico que hace la interconsulta			Fecha Hora
CONSULTA A		INCAPACIDAD DESDE	HASTA
MOTIVO DE _____			
LA INTERCONSULTA _____			
ANTECEDENTES _____			
DATOS CLÍNICOS Y EXAMENES _____			
COMPLEMENTARIOS AL CASO _____			
TERAPEÚTICA EMPLEADA _____			
Nombre y Firma del Médico		Sello Médico	V.B. Del Director Médico