



DIRECCION GENERAL DE LA GUARDIA CIVIL

Parte de control de bajas / altas médicas

Unidad de recepción:

Nº de parte:

1.	Parte de	Alta <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/>	Confirmación <input type="checkbox"/>
----	----------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

2.	Causas	Enfermedad Común <input type="checkbox"/>	Enfermedad Psíquica <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/>
----	--------	-------------------------------------------	----------------------------------------------	------------------------------------

3. Datos del Paciente

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad
D.N.I.	Dirección: Calle y número	Localidad	Provincia
Empleo	Destino		

4.	Diagnóstico
----	-------------

5. Indicaciones médicas

Reposo Absoluto <input type="checkbox"/>	Tratamiento en:	Domicilio <input type="checkbox"/>
Reposo <input type="checkbox"/>		Ambulatorio <input type="checkbox"/>
Movilidad moderada <input type="checkbox"/>		Movilidad normal <input type="checkbox"/>
Movilidad normal <input type="checkbox"/>		

Otras indicaciones

6. Datos del médico

Nombre	Pertenece a:	Fecha:	Firma y sello
N.º Colegiado:		Sanidad Guardia Civil <input type="checkbox"/>	
Localidad		Sanidad Militar <input type="checkbox"/>	
Provincia		Entidad concertada <input type="checkbox"/>	
	Seguridad Social <input type="checkbox"/>		

7. Fechas:

Baja Próximo reconocimiento

Alta

Ejemplar para el Servicio Médico



DIRECCION GENERAL DE LA GUARDIA CIVIL

Parte de control de bajas / altas médicas

Unidad de recepción:

Nº de parte:

1.	Parte de	Alta <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/>	Confirmación <input type="checkbox"/>
----	----------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

2.	Causas	Enfermedad Común <input type="checkbox"/>	Enfermedad Psíquica <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/>
----	--------	-------------------------------------------	----------------------------------------------	------------------------------------

3. Datos del Paciente

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad
D.N.I.	Dirección: Calle y número	Localidad	Provincia
Empleo	Destino		

4.	Diagnóstico
----	-------------

5. Indicaciones médicas

Reposo Absoluto <input type="checkbox"/>	Tratamiento en:	Domicilio <input type="checkbox"/>
Reposo <input type="checkbox"/>		Ambulatorio <input type="checkbox"/>
Movilidad moderada <input type="checkbox"/>		Movilidad normal <input type="checkbox"/>
Movilidad normal <input type="checkbox"/>		

Otras indicaciones

6. Datos del médico

Nombre	Pertenece a:	Fecha:	Firma y sello
N.º Colegiado:		Sanidad Guardia Civil <input type="checkbox"/>	
Localidad		Sanidad Militar <input type="checkbox"/>	
Provincia		Entidad concertada <input type="checkbox"/>	
	Seguridad Social <input type="checkbox"/>		

7. Fechas:

Baja Próximo reconocimiento

Alta

Ejemplar para el interesado



DIRECCION GENERAL DE LA GUARDIA CIVIL

Parte de control de bajas / altas médicas

Unidad de recepción:

Nº de parte:

1. Parte de

Alta <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/>	Confirmación <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

2. Causas

Enfermedad Común <input type="checkbox"/>	Enfermedad Psíquica <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/>
-------------------------------------------	----------------------------------------------	------------------------------------

3. Datos del Paciente

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad
D.N.I.	Dirección: Calle y número	Localidad	Provincia
Empleo	Destino		

4. Diagnóstico

5. Indicaciones médicas

Reposo Absoluto <input type="checkbox"/>	Tratamiento en:
Reposo <input type="checkbox"/>	Domicilio <input type="checkbox"/>
Movilidad moderada <input type="checkbox"/>	Ambulatorio <input type="checkbox"/>
Movilidad normal <input type="checkbox"/>	Movilidad normal <input type="checkbox"/>

Otras indicaciones

6. Datos del médico

Nombre	Pertenece a:	Fecha:
N.º Colegiado:	Sanidad Guardia Civil <input type="checkbox"/>	Firma y sello
Localidad	Sanidad Militar <input type="checkbox"/>	
Provincia	Entidad concertada <input type="checkbox"/>	
	Seguridad Social <input type="checkbox"/>	

7. Fechas:
 Baja Próximo reconocimiento
 Alta

Ejemplar para el Servicio de Psicología si procede, en caso contrario deberá destruirse



DIRECCION GENERAL DE LA GUARDIA CIVIL

Parte de control de bajas / altas médicas

Unidad de recepción:

Nº de parte:

1. Parte de

Alta <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/>	Confirmación <input type="checkbox"/>
-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

2. Datos del Paciente

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad
D.N.I.	Dirección: Calle y número	Localidad	Provincia
Empleo	Destino		

3. Indicaciones médicas

Reposo Absoluto <input type="checkbox"/>	Tratamiento en:
Reposo <input type="checkbox"/>	Domicilio <input type="checkbox"/>
Movilidad moderada <input type="checkbox"/>	Ambulatorio <input type="checkbox"/>
Movilidad normal <input type="checkbox"/>	Movilidad normal <input type="checkbox"/>

Otras indicaciones

4. Datos del médico

Nombre	Pertenece a:	Fecha:
N.º Colegiado:	Sanidad Guardia Civil <input type="checkbox"/>	Firma y sello
Localidad	Sanidad Militar <input type="checkbox"/>	
Provincia	Entidad concertada <input type="checkbox"/>	
	Seguridad Social <input type="checkbox"/>	

5. Fechas:
 Baja Próximo reconocimiento
 Alta

Ejemplar para la Unidad