



CONTROL DE REPOSO



Reposo N°

Nombre y Apellido	Cédula de Identidad	Localidad
Dirección	Teléfono	Condición

Dependencia Administrativa

Reposo a Partir del Día _____/_____/_____	Hasta el Día _____/_____/_____
Reintegrarse el Día _____/_____/_____	Total de Días de Reposo _____
	Nombre y Apellido del Médico Tratante _____
	Especialidad del Dr. _____

Enfermedad <input type="checkbox"/>	Reposo Prenatal <input type="checkbox"/>	Fecha de Convalidación _____/_____/_____ _____	Firma del Médico _____
Accidente <input type="checkbox"/>	Reposo Postnatal <input type="checkbox"/>		
Conformado <input type="checkbox"/>	Trámite de Incapacidad <input type="checkbox"/>		

OBSERVACIONES: