

SOLICITUD DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS, INTERCONSULTAS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS DE ASEGURADOS EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL, POR PARTE DE MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL (MCSS)

Mutua:

Firma:

Médico:

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellidos y nombre:

DNI:

NASS:

Centro de Salud:

Puesto de trabajo:

Proceso de IT actual: fecha de baja:

Diagnóstico:

SOLICITUD DE LA MCSS:

☐

Prueba diagnóstica:

☐

Interconsulta.

☐

Tratamiento médico

Observaciones:

Documentos anexos:

☐

Consentimiento informado del trabajador. (Documento obligatorio)

☐

Otros. Especificar

Estos campos se rellenan por la Administración

Valoración Inspección Médica:

☐

Positiva

☐

Negativa

Inspección

Observaciones: