



## INFORME CLÍNICO LABORAL PARA INCAPACIDADES / P47

<b>DATOS DEL FACULTATIVO FIRMANTE</b>	Don	Colegiado nº
	Domicilio	Nº Localidad D.P. Provincia

<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>	Apellidos y nombre	Fecha nacimiento	Nº de Afiliación S.S.
	Domicilio	Nº Localidad D.P.	D.N.I. Nº
	Profesión preferente ejercida durante su vida laboral		

<b>DATOS DE LA EMPRESA O EMPRESAS</b>	Nombre o razón social	Nº Inscripción S.S.
	Domicilio	
	Entidad Gestora o Mutua Patronal de A.T.	
	Nombre o razón social	Nº Inscripción S.S.
	Domicilio	
	Entidad Gestora o Mutua Patronal de A.T.	

<b>DATOS SOBRE LA INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA</b>	Causas de la Incapacidad (Señale con X el recuadro que corresponda)	Enfermedad Común 9	Accidente de trabajo 9
	Profesión que ejercía en el momento de la baja	Enfermedad Profesional 9	Accidente no laboral 9
	Fecha de la baja	Fecha de la iniciación de la I.L.T.	Último parte de confirmación expedido
		Fecha de iniciación de Invalidez Provisional	

<b>DATOS SOBRE EL ACCIDENTE</b>	Fecha en que está curado de la lesión
	Lesiones residuales

**DIAGNÓSTICO  
MÉDICO  
Y CUADRO  
CLÍNICO**

**TRATAMIENTO  
AL QUE HA  
ESTADO  
SOMETIDO.  
  
POSIBILIDADES  
TERAPÉUTICAS**

**SITUACIÓN  
MÉDICA  
ACTUAL**

¿Están agotadas las posibilidades terapéuticas rehabilitadoras?

¿Ha sido dado de alta médica?

¿En que fecha?

Fecha

(Firma del Facultativo)