| **NOMBRE DEL BENEFICIARIO** | | **SEGURO SOCIAL DEL BENEFICIARIO** |
| --- | --- | --- |
|  | |  |
| **NOMBRE DEL PENSIONADO FALLECIDO** | | **SEGURO SOCIAL DEL PENSIONADO FALLECIDO**  **Se recomienda Tutor**  **No se recomienda Tutor** |
|  | |  |
| **DIAGNÓSTICO:** |  | |
|  | | |
|  | | |
| **OBSERVACIONES:** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| Página 1 de \_\_\_\_ | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **LICENCIA** |  | **NOMBRE DEL CONSULTOR MÉDICO** |
|  |  |  |
| **FECHA (día/mes/año)** |  | **FIRMA** |

| **NOMBRE DEL BENEFICIARIO** | | **SEGURO SOCIAL DEL BENEFICIARIO** |
| --- | --- | --- |
|  | |  |
| **OBSERVACIONES (Continuación):** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | Página \_\_\_\_ de \_\_\_\_ | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **LICENCIA** |  | **NOMBRE DEL CONSULTOR MÉDICO** |
|  |  |  |
| **FECHA (día/mes/año)** |  | **FIRMA** |