| **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** |