

**Estimado Señor:
Prezado Senhor**

An den Arzt

MEDICAL REPORT

Informe Médico / Relatório Médico

(Ärztlicher Bericht)

spanisch / portugiesisch / deutsch

Rogamos a Vd. someta a tratamento médico
al Sr. / Sra. / Srta.

Rogamos a fineza de submeter a tratamento médico
a Sr. / a Sra. / a Menina

Wir bitten Sie um Behandlung von Herrn / Frau / Fräulein

a rellenar por el empleado
a preencher pelo empregado
Vom Mitarbeiter auszufüllen

Nombre
Nome
Name

Fecha de nacimiento
Data de nascimento
geb.

Dirección del lugar de origen
Morada no país de origem
Heimatadresse

ocupado en la empresa
empregado na empresa
beschäftigt im Unternehmen

Lugar de trabajo
Lugar de trabalho
Arbeitsstelle

Le rogamos rellene los siguientes datos y vuelva a entregar la hoja a su paciente.
Otros exámenes y análisis (radiológicos/laboratorios) los rogamos entregar también al paciente, a ser posible.
Preencha por favor os dados seguintes e volte a entregar a folha ao paciente.
No caso de existirem outros exames e análises (radiológicos/laboratórios) agradecemos que os entregue também, se possível, ao paciente.
Bitte tragen Sie die nachstehend gewünschten Daten ein und händigen Sie den Bogen Ihrem Patienten wieder aus.
Zusätzliche Befunde (Röntgen / Labor) bitten wir, dem Patienten nach Möglichkeit mitzugeben.

Primer día de tratamiento
Primeiro dia de tratamento
Erster Tag der Behandlung

Diagnóstico (latin)
Diagnóstico (em latim)
Diagnose (lateinisch)

Otras consultas (Se ruego detallar los días de tratamiento)
Outras consultas (Indicar todos os dias de consulta)
Weitere Konsultationen (Bitte die einzelnen Behandlungstage anführen)

¿Se trata de un accidente del trabajo? ¿Cómo ocurrió el accidente?
Trata-se de um acidente de trabalho? Como ocorreu o acidente?
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? Unfallhergang.

No
Não
Nein

Si
Sim
Ja

Se ruego indicar el tratamiento odontológico en el siguiente esquema: Pl = Empaste / Chumbo / Plombe K = Corona / Coroa / Krone
Indique por favor o tratamento odontológico no esquema seguinte: St = Diente de espiga / Dente postiço/ Stiftzahn B = Puente / Ponte / Brücke
Zahnbehandlung bitte im nachstehenden Schema kennzeichnen: Pr = Prótesis / Prótese / Prothese Ex = Extracción / Extração / Exaktion

derecha
direita
rechts

Maxilar superior / Maxilar superior / Oberkiefer								Maxilar inferior / Maxilar inferior / Unterkiefer							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

izquierda
esquerda
links

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD DE TRABAJO
CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DE TRABALHO
Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit**

Incapaz para el trabajo
Incapacitado para o trabalho
Arbeitsunfähig

No
Não
Nein

Si
Sim
Ja

desde
de
von

hasta
a
bis

necesita aún tratamiento
necessita ainda de tratamento
noch behandlungsbedürftig

No
Não
Nein

Si
Sim
Ja

Tratamiento estacionario en la clinica (Nombre de la clinica/dirección)
Internamento no hospital (Nome do hospital/direção)
Stationäre Behandlung im Krankenhaus (Name des Krankenhauses / Adresse)

fue necesario del
foi necessário de
war notwendig vom

al
a
bis

De ser posible, se ruego adjuntar el informe final / Se possível junte o relatório final / Bitte fügen Sie nach Möglichkeit den Anschlußbericht bei.

Lugar / País
Lugar / País
Ort / Land

Dirección
Morada
Adresse

Fecha
Data
Datum

Sello y firma del médico
Carimbo e assinatura do médico
Stempel und Unterschrift des Arztes

Bescheinigung
über
Arbeitsunfähigkeit

a rellenar por el empleado
a preencher pelo empregado
Vom Mitarbeiter auszufüllen

Nombre
Nome
Name

Fecha de nacimiento
Data de nascimento
geb.

Dirección del lugar de origen
Morada no país de origem
Heimatadresse

ocupado en la empresa
empregado na empresa
beschäftigt im Unternehmen

Lugar de trabajo
Lugar de trabalho
Arbeitsstelle

a rellenar por el médico
a preencher pelo médico
Vom Arzt auszufüllen

¿Se trata de un accidente del trabajo? ¿Cómo ocurrió el accidente?
Trata-se de um acidente de trabalho? Como ocorreu o acidente?
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? Unfallhergang.

No
Não
Nein

Si
Sim
Ja

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD DE TRABAJO
CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DE TRABALHO
Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit

Incapaz para el trabajo
Incapacitado para o trabalho
Arbeitsunfähig

No
Não
Nein

Si
Sim
Ja

desde
de
von

_____ hasta
_____ a
_____ bis

necesita aún tratamiento
necessita ainda de tratamento
noch behandlungsbedürftig

No
Não
Nein

Si
Sim
Ja

Lugar / País
Lugar / País
Ort / Land

Dirección
Morada
Adresse

Fecha
Data
Datum

Sello y firma del médico
Carimbo e assinatura do médico
Stempel und Unterschrift des Arztes

Estimado Señor:
Prezado Senhor

An den Arzt

Rogamos a Vd. someta a tratamento médico
al Sr. / Sra. / Srta.

Rogamos a fineza de submeter a tratamento médico
a Sr. / a Sra. / a Menina

Wir bitten Sie um Behandlung von Herrn / Frau / Fräulein

spanisch / portugiesisch / deutsch

a rellenar por el empleado
a preencher pelo empregado
Vom Mitarbeiter auszufüllen

Nombre
Nome
Name

Fecha de nacimiento
Data de nascimento
geb.

Dirección del lugar de origen
Morada no país de origem
Heimatadresse

ocupado en la empresa
empregado na empresa
beschäftigt im Unternehmen

Lugar de trabajo
Lugar de trabalho
Arbeitsstelle

Le rogamos rellene los siguientes datos y vuelva a entregar la hoja a su paciente.
Otros exámenes y análisis (radiológicos/laboratorios) los rogamos entregar también al paciente, a ser posible.

Preencha por favor os dados seguintes e volte a entregar a folha ao paciente.

No caso de existirem outros exames e análises (radiológicos/laboratórios) agradecemos que os entregue também, se possível, ao paciente.

Bitte tragen Sie die nachstehend gewünschten Daten ein und händigen Sie den Bogen Ihrem Patienten wieder aus.

Zusätzliche Befunde (Röntgen / Labor) bitten wir, dem Patienten nach Möglichkeit mitzugeben.

Primer día de tratamiento
Primeiro dia de tratamento
Erster Tag der Behandlung

Diagnóstico (latin)
Diagnóstico (em latim)
Diagnose (lateinisch)

Otras consultas (Se ruega detallar los días de tratamiento)
Outras consultas (Indicar todos os dias de consulta)
Weitere Konsultationen (Bitte die einzelnen Behandlungstage anführen)

¿Se trata de un accidente del trabajo? ¿Cómo ocurrió el accidente?
Trata-se de um acidente de trabalho? Como ocorreu o acidente?
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? Unfallhergang.

No
Não
Nein

Si
Sim
Ja

Se ruega indicar el tratamiento odontológico en el siguiente esquema:

Indique por favor o tratamento odontológico no esquema seguinte:

Zahnbehandlung bitte im nachstehenden Schema kennzeichnen:

Pl = Empaste / Chumbo / Plombe

St = Diente de espiga / Dente postiço / Stiftzahn

Pr = Prótesis / Prótese / Prothese

K = Corona / Coroa / Krone

B = Puente / Ponte / Brücke

Ex = Extracción / Extração / Exaktion

derecha
direita
rechts

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

izquierda
esquerda
links

Maxilar inferior / Maxilar inferior / Unterkiefer

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD DE TRABAJO
CERTIFICADO DE INCAPACIDADE DE TRABALHO
Bescheinigung über Arbeitsunfähigkeit

Incapaz para el trabajo
Incapacitado para o trabalho
Arbeitsunfähig

No
Não
Nein

Si
Sim
Ja

desde
de
von

hasta
a
bis

necesita aún tratamiento
necessita ainda de tratamento
noch behandlungsbedürftig

No
Não
Nein

Si
Sim
Ja

Tratamiento estacionario en la clinica (Nombre de la clinica/dirección)
Internamento no hospital (Nome do hospital/direção)
Stationäre Behandlung im Krankenhaus (Name des Krankenhauses / Adresse)

fue necesario del
foi necessário de
war notwendig vom

al
a
bis

De ser posible, se ruega adjuntar el informe final / Se possível junte o relatório final / Bitte fügen Sie nach Möglichkeit den Anschlußbericht bei.

Lugar / País
Lugar / País
Ort / Land

Dirección
Morada
Adresse

Fecha
Data
Datum

Sello y firma del médico
Carimbo e assinatura do médico
Stempel und Unterschrift des Arztes