



DIRECCIÓN GENERAL DE LA GUARDIA CIVIL

Partes de control de bajas / altas médicas

Unidad de recepción:.....

Nº de parte:.....

1. Parte de Alta Baja Confirmación

2. Causas Enfermedad Común Enfermedad Psíquica Accidente

3. Datos del Paciente

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Edad
D.N.I	Dirección: Calle y número	Localidad	Provincia
Empleo	Destino		

4. Diagnóstico

--

5. Indicaciones médicas

Reposo absoluto <input type="checkbox"/>	Tratamiento en:	Domicilio <input type="checkbox"/>
Reposo <input type="checkbox"/>		Ambulatorio <input type="checkbox"/>
Movilidad moderada <input type="checkbox"/>		Institución cerrada <input type="checkbox"/>
Movilidad normal <input type="checkbox"/>		

Otras indicaciones

6. Datos del Médico:

Nombre	Pertenece a:	Fecha:	Firma y Sello
Nº. Colegiado:	Sanidad Guardia Civil: <input type="checkbox"/>		
Localidad:	Sanidad Militar <input type="checkbox"/>		
Provincia:	Entidad Concertada: <input type="checkbox"/>		
	Seguridad Social: <input type="checkbox"/>		

7. Fechas:

Baja:.....Próximo reconocimiento.....

Alta:.....

Ejemplar para el servicio Médico



DIRECCIÓN GENERAL DE LA GUARDIA CIVIL

Partes de control de bajas / altas médicas

Unidad de recepción:.....

Nº de parte:.....

1. Parte de Alta Baja Confirmación

2. Causas Enfermedad Común Enfermedad Psíquica Accidente

3. Datos del Paciente

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Edad
D.N.I	Dirección: Calle y número	Localidad	Provincia
Empleo	Destino		

4. Diagnóstico

--

5. Indicaciones médicas

Reposo absoluto <input type="checkbox"/>	Tratamiento en:	Domicilio <input type="checkbox"/>
Reposo <input type="checkbox"/>		Ambulatorio <input type="checkbox"/>
Movilidad moderada <input type="checkbox"/>		Institución cerrada <input type="checkbox"/>
Movilidad normal <input type="checkbox"/>		

Otras indicaciones

6. Datos del Médico:

Nombre	Pertenece a:	Fecha:	Firma y Sello
Nº. Colegiado:	Sanidad Guardia Civil: <input type="checkbox"/>		
Localidad:	Sanidad Militar <input type="checkbox"/>		
Provincia:	Entidad Concertada: <input type="checkbox"/>		
	Seguridad Social: <input type="checkbox"/>		

7. Fechas:

Baja:.....Próximo reconocimiento.....

Alta:.....

Ejemplar para el Servicio de Psicología



DIRECCIÓN GENERAL DE LA GUARDIA CIVIL

Partes de control de bajas / altas médicas

Unidad de recepción:.....

Nº de parte:.....

1.	Parte de	Alta <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/>	Confirmación <input type="checkbox"/>
----	----------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

2.	Causas	Enfermedad Común <input type="checkbox"/>	Enfermedad Psíquica <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/>
----	--------	---	--	------------------------------------

3. Datos del Paciente

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Edad
D.N.I	Dirección: Calle y número	Localidad	Provincia
Empleo	Destino		

4.	Diagnóstico

5.	Indicaciones médicas	
Reposo absoluto	<input type="checkbox"/>	Tratamiento en:
Reposo	<input type="checkbox"/>	Domicilio <input type="checkbox"/>
Movilidad moderada	<input type="checkbox"/>	Ambulatorio <input type="checkbox"/>
Movilidad normal	<input type="checkbox"/>	Institución cerrada <input type="checkbox"/>

Otras indicaciones

6. Datos del Médico:

Nombre	Pertenece a:	Fecha:	Firma y Sello
Nº. Colegiado:	Sanidad Guardia Civil: <input type="checkbox"/>		
Localidad:	Sanidad Militar <input type="checkbox"/>		
Provincia:	Entidad Concertada: <input type="checkbox"/>		
	Seguridad Social: <input type="checkbox"/>		

7. Fechas:

Baja:.....Próximo reconocimiento.....

Alta:.....

Ejemplar para la Unidad



DIRECCIÓN GENERAL DE LA GUARDIA CIVIL

Partes de control de bajas / altas médicas

Unidad de recepción:.....

Nº de parte:.....

1.	Parte de	Alta <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/>	Confirmación <input type="checkbox"/>
----	----------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

2.	Causas	Enfermedad Común <input type="checkbox"/>	Enfermedad Psíquica <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/>
----	--------	---	--	------------------------------------

3. Datos del Paciente

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Edad
D.N.I	Dirección: Calle y número	Localidad	Provincia
Empleo	Destino		

4.	Diagnóstico

5.	Indicaciones médicas	
Reposo absoluto	<input type="checkbox"/>	Tratamiento en:
Reposo	<input type="checkbox"/>	Domicilio <input type="checkbox"/>
Movilidad moderada	<input type="checkbox"/>	Ambulatorio <input type="checkbox"/>
Movilidad normal	<input type="checkbox"/>	Institución cerrada <input type="checkbox"/>

Otras indicaciones

6. Datos del Médico:

Nombre	Pertenece a:	Fecha:	Firma y Sello
Nº. Colegiado:	Sanidad Guardia Civil: <input type="checkbox"/>		
Localidad:	Sanidad Militar <input type="checkbox"/>		
Provincia:	Entidad Concertada: <input type="checkbox"/>		
	Seguridad Social: <input type="checkbox"/>		

7. Fechas:

Baja:.....Próximo reconocimiento.....

Alta:.....

Ejemplar para el Interesado