

Estimado Señor:
Prezado Senhor
An den Arzt/die Ärztin

MEDICAL REPORT

Informe Médico / Relatório Médico

(Ärztlicher Bericht)

spanisch / portugiesisch / deutsch

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

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

Wir bitten Sie um Behandlung von Herrn / Frau

a rellenar por el empleado a preencher pelo empregado von Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterin 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/Ihrer Patientin wieder aus. Zusätzliche Befunde (Röntgen / Labor) bitten wir, dem Patienten/der Patientin nach Möglichkeit mitzugeben.

a rellenar por el médico a preencher pelo médico von Arzt bzw. Ärztin auszufüllen	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.	

Se ruega 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 / Extracção / Extraktion

	Maxilar superior / Maxilar superior / Oberkiefer																
derecha direita rechts	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	izquierda esquerda links
	Maxilar inferior / Maxilar inferior / Unterkiefer																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

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 clínica (Nombre de la clinica/dirección) Internamento no hospital (Nome do hospital/direcção) 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.

**Bescheinigung
über
Arbeitsunfähigkeit**

a rellenar por el empleado a preencher pelo empregado von Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterin 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 von Arzt bzw. Ärztin 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	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">No Não Nein</td> <td style="text-align: center;">Si Sim Ja</td> </tr> </table>	No Não Nein	Si Sim Ja	desde de von	<input type="text"/>	hasta a bis	<input type="text"/>	necesita aún tratamiento necessita ainda de tratamento noch behandlungsbedürftig	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">No Não Nein</td> <td style="text-align: center;">Si Sim Ja</td> </tr> </table>	No Não Nein	Si Sim Ja
No Não Nein	Si Sim Ja										
No Não Nein	Si Sim Ja										

--	--

MEDICAL REPORT

Informe Médico / Relatório Médico

(Ärztlicher Bericht)

spanisch / portugiesisch / deutsch

**Estimado Señor:
Prezado Senhor**
An den Arzt/die Ärztin

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

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

Wir bitten Sie um Behandlung von Herrn / Frau

a rellenar por el empleado a preencher pelo empregado von Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterin 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/Ihrer Patientin wieder aus.
Zusätzliche Befunde (Röntgen / Labor) bitten wir, dem Patienten/der Patientin nach Möglichkeit mitzugeben.

a rellenar por el médico a preencher pelo médico von Arzt bzw. Ärztin auszufüllen	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.	

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

	Maxilar superior / Maxilar superior / Oberkiefer																
derecha direita rechts	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	izquierda esquerda links
	Maxilar inferior / Maxilar inferior / Unterkiefer																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

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

Incapaz para el trabajo Incapacitado para o trabalho Arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> No Não Nein	<input type="checkbox"/> Si Sim Ja	desde de von	<input type="text"/>	hasta a bis	<input type="text"/>	necesita aún tratamiento necessita ainda de tratamento noch behandlungsbedürftig	<input type="checkbox"/> No Não Nein	<input type="checkbox"/> Si Sim Ja
---	--	--	--------------------	----------------------	-------------------	----------------------	--	--	--

Tratamiento estacionario en la clínica (Nombre de la clinica/dirección) Internamento no hospital (Nome do hospital/direcção) 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.