

Fecha Baja

Mutua trabajador

Trabajador

DNI / NIE Nombre
1º Apellido 2º Apellido

Proceso

Fecha Baja Fecha Accidente

Diagnóstico

Observaciones

Solicitante

Médico
Teléfono

Datos de la intervención quirúrgica

Centro de realización
Médico que la realizará
Código IQ Fecha prevista

Procedimiento quirúrgico

Autorización (a cumplimentar por la mutua propietaria del proceso)

☐ **Se autoriza** la intervención quirúrgica ☐ **NO se autoriza** la intervención quirúrgica

Observaciones

Persona que autoriza

Firma:

Fecha