



# Solicitud de Autorización de Intervención Quirúrgica

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