Clrh 008

(Rev. 6/03 y 1/ 04)

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

COMISION INDUSTRIAL DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE INFORMACION

_____ de _____ de 20___

NOMBRE LESIONADO:	SEGURO SOCIAL NUM.:
DIRECCION:	NUM. CASO CI:
	NUM. CASO CFSE:
	REPRESENTANTE LEGAL:

I. INFORMACION SOLICITADA VIA:

- ☐ Teléfono
- ☐ Carta
- ☐ Visita personal

II. RELACIONADA CON CITA A:

- ☐ Vista Médica
- ☐ Vista Pública
- ☐ Referido a Especialista según Vista celebrada el: _____

Sala: ___ ☐ AM ☐ PM

III. SOLICITUD RESOLUCION DE:

- ☐ VISTA MEDICA
- ☐ VISTA PUBLICA
- ☐ ADMINISTRATIVA

ACCION TOMADA: _____

_____

_____

_____