



En mi condición de patrono o representante con autoridad para este acto, solicito se le brinde nuevamente los servicios médicos a:

Nombre del(a) trabajador(a):

Cédula o Pasaporte:

Fecha de accidente:

**Dolencia que presenta el trabajador** relacionado con el riesgo laboral reportado en la denuncia original en la fecha arriba indicada:

Nombre del Patrono:

Póliza N°:

El Patrono da fe, bajo su responsabilidad que la presente orden la emite al reportar el trabajador una dolencia que supone, obedece al riesgo laboral que le ocurriera en la fecha indicada, y que dicho evento se comunicó oportunamente al Instituto mediante el Aviso de Accidente.

**QUEDA ENTENDIDO QUE LA CONTINUACIÓN DE LAS PRESTACIONES MÉDICAS SE CONDICIONA AL DIAGNÓSTICO QUE EMITA EL MÉDICO QUE EVALÚE LA PRESENTE SOLICITUD.**

Fecha de emisión:

Nombre y firma de patrono o persona autorizada: (sello)

Solicitud de servicios N°  
(Para uso exclusivo del INS)

**ESTE FORMULARIO NO DEBE UTILIZARSE PARA  
ATENCIÓN MEDICA DE PRIMERA VEZ**