



CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA DE RIESGO PROFESIONALES
AVISO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE Y
ORDEN DE ATENCIÓN MÉDICA

COD. 02-1123-27
Imp. CASESO

Panamá, ____ de ____ de 20__

El señor _____ asegurado Nº. _____

Cédula Nº. _____ ha sufrido un accidente de trabajo en el desempeño de sus labores.

Ocurrido el día ____ mes ____ año ____ hora ____.

Agradecemos a ustedes se sirvan atender al paciente y darle el tratamiento necesario.

De usted atentamente,

Nombre de la Empresa o Razón Social

Número Patronal

Firma Autorizada

(EL USO INDEBIDO DE ESTE DOCUMENTO SERÁ DEBIDAMENTE SANCIONADO DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES)