

PO Box 42003 San Juan PR 00940-2203

Informe Médico de Pensión por Incapacidad

Tipo de Examen

_____ Inicial
_____ Periódico
_____ Revisión

Tipo de Pensión

_____ Incapacidad ocupacional Ley 447
_____ Incapacidad no ocupacional Ley 447
_____ Incapacidad bajo la Ley 127
del 27 de junio de 1958

1. Nombre del (de la) participante _____
Apellido Paterno, Materno Nombre e Inicial

2. Edad _____

3. Seguro Social _____

4. Fecha primer examen **día/mes/año** _____

Fecha último examen **día/mes/año** _____

Frecuencia de visitas **día/mes/año** _____

Nota al Médico: Favor de completar detalladamente, para que el Médico Asesor pueda determinar el grado de limitación del reclamante.
Esta información será confidencial y la Administración de los Sistemas de Retiro no asumirá el costo de este informe.

5. Síntomas principales de la condición alegada:

6. Historial médico relacionado a esta condición.

7. Fecha cuando surgió o agravó la alegada condición día/mes/año _____.
Describe los hallazgos clínicos a esa fecha.

Examen Físico

BP _____

Peso _____

Estatura _____

8. Ojos:

a. Fondo de ojo _____

b. Uso de correctivos _____

c. Agudeza visual: OD _____ OS _____

Con corrección: OD _____ OS _____

9. Oídos _____

10. Nariz y Garganta _____

11. Sistema Cardiovascular:

Frecuencia Cardíaca _____

PMI _____

Ritmo _____

Ruidos Cardíacos _____

Dolor de Pecho _____ Sí _____ No

Tipo _____

Duración _____

Localización _____

Frecuencia _____

Irradiación _____

Factor Precipitante _____

12. Sistema Respiratorio:

a. Frecuencia respiratoria _____

b. Sonidos respiratorios _____

13. Abdomen:

a. Viceromegalia _____

b. Ascite _____

c. Hernias _____

d. Masas _____

14. Sistema Neurológico:

a. Nervios Craneales (I-XII) : _____

b. Sistema Motor:

1. Fuerza Muscular (1-5)

2. Ataxia _____

3. Reflejos (0-3) _____

c. Sistema Sensorial _____

d. Uso de objetos de apoyo

15. Extremidades:

a. Rangos de Movimientos _____

b. Atrofia _____

c. Deformidades _____

d. Inflamación _____

e. Edema _____

f. Úlceras _____

g. Lesiones en piel _____

h. Pulso (0-2) _____

16. Condiciones mentales (apariencia, comportamiento, habla, etc.)

17. Otros hallazgos _____

18. Pruebas de laboratorios:

Tipo	Resultados	Fecha

19. Condiciones tratadas

Condición (es)	Tratamientos	Respuestas

20. ¿El participante sigue el tratamiento según indicado?

_____ Sí _____ No Explique.

21. Prognosis _____

22. Comentarios Adicionales _____

23. Diagnóstico _____

Favor incluir copia de los resultados de laboratorios, radiología, biopsias, cirugías y/o cualquier otro estudio relacionado a la(s) condición (es).

Nombre del Médico _____

Especialidad _____

Número de Licencia _____

Teléfono _____

Horas de Oficina _____

Firma _____

Fecha _____

(Día/Mes/Año)

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.