

## 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 27/jun/58

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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

d. 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. Rasgos de Movimiento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b. Atrofia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c. Deformidades \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d. Inflamación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e. Edema \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f. Ulceras \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

g. Lesiones en piel \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

h. Pulso (0-2) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Otros hallazgos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. Pruebas de laboratorios:

<u>Tipo</u>	<u>Resultados</u>	<u>Fecha</u>

19. Condiciones tratadas

<u>Condición (es)</u>	<u>Tratamientos</u>	<u>Respuestas</u>

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 en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Especialidad

\_\_\_\_\_  
Fecha (día/mes/año)

\_\_\_\_\_  
Número de Licencia

\_\_\_\_\_  
Horas de Oficina

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

Conservación: Igual al expediente del cual forma parte.

