

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.

