

PA/CHI 7

INFORME MEDICO DE INVALIDEZ

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

FECHA DE INICIO DE INCAPACIDAD

Nº EXPEDIENTE:

ORGANISMO DE ENLACE DESTINATARIO

DENOMINACIÓN

DIRECCIÓN

SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

EDAD

NACIONALIDAD

ESTADO CIVIL

SEXO

ACTIVIDAD LABORAL

CEDULA IDENTIDAD

DOMICILIO

FECHA:

NOTA: En caso que el solicitante se encuentre afiliado al sistema de capitalización individual (AFP), la conclusión deberá informarse en la página 6. En caso contrario, que tenga afiliación en una Ex - Caja de Previsión se completará la página 7.

ANAMNESIS

CONSULTAR Y ANOTAR TODAS LAS ENFERMEDADES O AFECCIONES RELATADAS POR EL SOLICITANTE, SU EVOLUCIÓN, TRATAMIENTOS EFECTUADOS, RESULTADOS Y COMPLICACIONES, PRONÓSTICO. (ESTABLECER ORIGEN PROFESIONAL DE LAS AFECCIONES).

Lined area for medical history notes.

FECHA:

**CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE
LA REPUBLICA DE CHILE Y PARAGUAY**

EXAMEN FÍSICO			
EXAMEN FÍSICO GENERAL			
PULSO	PRESIÓN ARTERIAL	TALLA	PESO
TIPO CONSTITUCIONAL	ESTADO NUTRITIVO	ESTADO GENERAL	
EDAD CRONOLÓGICA	EDAD FISIOLÓGICA		
EXAMEN FÍSICO SEGMENTARIO			
CABEZA	-----		

CUELLO	-----		

TÓRAX	-----		

FECHA

**CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE
LA REPUBLICA DE CHILE Y PARAGUAY**

ABDOMEN

:

GENITALES:

COLUMNA VERTEBRAL:

EXTREMIDADES SUPERIORES:

EXTREMIDADES INFERIORES

FECHA:

CONCLUSION

(Corresponde completar si el solicitante es afiliado al Sistema de capitalización individual (AFP))

RESUMEN Y COMENTARIOS MÉDICOS DE TODA LA INFORMACIÓN DISPONIBLE, FUNDAMENTANDO OPINIÓN SOBRE LA CONFIGURACIÓN DE LOS IMPEDIMENTOS Y LA MAGNITUD DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO. EXPRESAR EN CATEGORÍAS DE CLASE LAS ENFERMEDADES Y PORCENTAJES DEL MENOSCABO LABORATIVO. ESTABLECER DE MODO CONCLUYENTE ORIGEN COMÚN O PROFESIONAL DE LA INVALIDEZ).

[Lined area for medical summary and commentary, consisting of approximately 30 horizontal lines.]

MEDICO ASIGNADO
(NOMBRE Y FIRMA)

FECHA

