



SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD RESIDUAL

1.1 TIPO DE SOLICITANTE: EMPLEADOR(A) PÚBLICA <input type="checkbox"/> EMPLEADOR(A) PRIVADA <input type="checkbox"/> FACULTATIVA O PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/>				1.2 FECHA DE ELABORACIÓN: DÍA MES AÑO		
1.3 NOMBRE DEL PACIENTE E INICIAL DEL SEGUNDO Y APELLIDO E INICIAL DEL SEGUNDO:				1.4 CÉDULA DE IDENTIDAD N°: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		
1.5 FECHA DE NACIMIENTO:	1.6 EDAD:	1.7 SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	1.8 DIRECCIÓN:	1.9 NÚMERO TELEFÓNICO: (02__)		
SOLO PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR O ASEGURADO ACTIVO (LLÉNESE EN MANUSCRITO CON LETRAS CLARAMENTE LEGIBLES) EN LOS CASOS DE SOBREVIVIENTE, DEJAR EN BLANCO				1.10 NÚMERO DE CONTROL:		
1.11 NOMBRE DEL EMPLEADOR O RAZÓN SOCIAL:			1.12 NÚMERO PATRONAL:	1.13 NÚMERO TELEFÓNICO: (02__)		
1.14 ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA O INSTITUCIÓN	1.15 OCUPACIÓN:			1.16 SI ES EMPLEADO PÚBLICO, ANTIGÜEDAD TOTAL RECONOCIDA COMO EMPLEADO PÚBLICO:		
1.17 TIPO DE SOLICITUD U OTRAS OBSERVACIONES:		1.18 EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL: NOMBRE Y APELLIDO: CÉDULA DE IDENTIDAD N°:		1.19 SOLICITANTE: NOMBRE Y APELLIDO: CÉDULA DE IDENTIDAD N°:		
		FIRMA SELLO		FIRMA		

2. SOLO PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE (LLÉNESE EN MANUSCRITO CON LETRAS CLARAMENTE LEGIBLES)				2.1 NÚMERO DE CONTROL:		2.2 FECHA DE ELABORACIÓN: DÍA MES AÑO		
2.3 CENTRO ASISTENCIAL EMISOR (DONDE FUE ELABORADA; PÚBLICO O PRIVADO):						2.4 NÚMERO TELEFÓNICO: (02__)		
2.5 NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO TRATANTE QUE SOLICITA EVALUACIÓN:				2.6 ESPECIALIDAD:		2.7 MÉDICO: IVSS <input type="checkbox"/> MPPS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/>		
2.8 FECHA DE INICIO DEL REPOSO ACTUAL:	2.9 FECHA DE INGRESO:	2.10 FECHA DE EGRESO:	2.11 CAUSA DE LA LESIÓN (ETIOLOGÍA, INDICANDO SI ES ENFERMEDAD O ACCIDENTE) EN CASO DE ORIGEN OCUPACIONAL, ADJUNTAR CERTIFICACIÓN DE INPSASEL: ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/>					
2.12 DIAGNÓSTICO(S): (SI REQUIERE MAS ESPACIO ADJUNTAR INFORME MÉDICO)								
2.13 TRATAMIENTO (SÍNTESIS). EN CASO DE INDICACIÓN QUIRÚRGICA PRÓXIMA, SEÑALAR FECHA PROBABLE DE LA INTERVENCIÓN: (SI REQUIERE MAS ESPACIO ADJUNTAR INFORME MÉDICO)								
2.14 EVOLUCIÓN (SÍNTESIS): (SI REQUIERE MAS ESPACIO ADJUNTAR INFORME MÉDICO)								
2.15 DESCRIPCIÓN DE LA INCAPACIDAD RESIDUAL (ESTADO ACTUAL) SÍNTESIS: (SI REQUIERE MAS ESPACIO ADJUNTAR INFORME MÉDICO)								
2.16 MÉDICO TRATANTE: CÉDULA DE IDENTIDAD N°:			No. REGISTRO MPPS:		2.17 DIRECTOR O JEFE MÉDICO DEL CENTRO EMISOR: (PÚBLICO O PRIVADO) NOMBRE Y APELLIDO:			
					CÉDULA DE IDENTIDAD N°:			
FIRMA			SELLO		SELLO			

3. SOLO PARA SER LLENADO EN LA OFICINA ADMINISTRATIVA MÁS CERCANA A LA RESIDENCIA DEL PACIENTE (LLÉNESE EN MANUSCRITO CON LETRAS CLARAMENTE LEGIBLES)		3.1 NÚMERO DE CONTROL:		3.2 FECHA DE ELABORACIÓN:		
				DÍA	MES	AÑO
3.3 OFICINA ADMINISTRATIVA:				3.4 NÚMERO TELEFÓNICO:		
				(02___)		
3.5 EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA, SOLICITA EVALUACIÓN MÉDICA DEL CIUDADANO QUE A CONTINUACIÓN SE IDENTIFICA, PARA LA APLICACIÓN DE LA NORMATIVA VIGENTE EN:						
INVALIDEZ O INCAPACIDAD PARCIAL <input type="checkbox"/> SOBREVIVIENTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE:						
3.6 FUNCIONARIO RECEPTOR:		3.7 JEFE DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA:				
NOMBRE Y APELLIDO:	CÉDULA DE IDENTIDAD N°:	NOMBRE Y APELLIDO:	N° DE RESOLUCION:			
FIRMA	SELLO	FIRMA	SELLO			

4. CERTIFICACIÓN RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD SOLICITADA. ESPACIO SOLO PARA USO DE LA COMISIÓN EVALUADORA AUTORIZADA. (LLÉNESE EN MANUSCRITO CON LETRAS CLARAMENTE LEGIBLES)		4.1 NÚMERO DE CONTROL:		4.2 FECHA DE ELABORACIÓN:		
				DÍA	MES	AÑO
4.3 COMISION O SUB-COMISION DEL IVSS AUTORIZADA				4.4 NÚMERO TELEFÓNICO:		
				(02___)		
4.5 NOMBRE DEL PACIENTE E INICIAL DEL SEGUNDO Y APELLIDO E INICIAL DEL SEGUNDO:					4.6 CÉDULA DE IDENTIDAD N°:	
					V <input type="checkbox"/>	
					E <input type="checkbox"/>	
4.7 DIAGNOSTICO DE LA INCAPACIDAD RESIDUAL:						
4.8 OBSERVACIONES:				4.9 PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD PARA EL TRABAJO:		
				EN NÚMEROS:		EN LETRAS:
SOLO EN CASO DE CONSIGNACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE INPSASEL				DISCRIMINACIÓN DE PORCENTAJES:		
				ORIGEN COMÚN:		ORIGEN OCUPACIONAL:
4.10 ORIGEN OCUPACIONAL O AGRAVADA POR EL TRABAJO, SEGÚN CERTIFICACIÓN DE INPSASEL:				NÚMERO:		NÚMERO:
				LETRAS:		LETRAS:
DIRESAT _____ CERTIFICADO N° _____ FECHA _____						
4.11 MIEMBRO AUTORIZADO DE LA COMISIÓN O SUB-COMISIÓN:			4.12 PRESIDENTE DE LA COMISIÓN O SUB-COMISIÓN:			
NOMBRE Y APELLIDO:	No. REGISTRO MPPS:		NOMBRE Y APELLIDO:	No. REGISTRO MPPS:		
CÉDULA DE IDENTIDAD N°:			CÉDULA DE IDENTIDAD N°:			
FIRMA	SELLO		FIRMA	SELLO		
NOTA: EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD RESIDUAL, SE BASA EN LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN LA PRESENTE SOLICITUD; POR TANTO, EN CASO DE DATOS ERRADOS O FALSOS, EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD RESIDUAL SERA CONSIDERADA "ERRADA" Y ANULARÁ ESTA SOLICITUD, SU RESULTADO Y EFECTOS.						

5 EN CASO DE NO REALIZARSE EN LA FECHA ASIGNADA, SE DIFIERE LA EVALUACIÓN PARA:			
	PRIMERA CITA	SEGUNDA CITA	TERCERA CITA
DÍA			
HORA			
FUNCIÓNARIO Y SELLO			

6 ENTREGA DEL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN:		
NOMBRE		RECIBIDO POR:
C.I. N°		
FECHA		
HORA		
		FIRMA
EN CASO DE GRUPOS DE EXPEDIENTES, N° DE COMUNICACIÓN O RELACIÓN DE ENTREGA		