



SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD RESIDUAL

| | | | | | | |
|---|-----------------|--|-------------------------|---|-------------------------|-----|
| 1.1 TIPO DE SOLICITANTE: | | | | 1.2 FECHA DE ELABORACIÓN: | | |
| EMPLEADOR(A) PÚBLICA <input type="checkbox"/> EMPLEADOR(A) PRIVADA <input type="checkbox"/> FACULTATIVA O PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/> | | | | 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: | 1.8 DIRECCIÓN: | 1.9 NÚMERO TELEFÓNICO: | | |
| | | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | (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: | | 1.19 SOLICITANTE: | | |
| | | NOMBRE Y APELLIDO: | CÉDULA DE IDENTIDAD N°: | 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 |
| 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: | | | 2.17 DIRECTOR O JEFE MÉDICO DEL CENTRO EMISOR: (PÚBLICO O PRIVADO) | | | | |
| CÉDULA DE IDENTIDAD N°: | No. REGISTRO MPPS: | | NOMBRE Y APELLIDO: | | SELLO | | |
| | | | CÉDULA DE IDENTIDAD N°: | | | | |
| | | | | | | | |
| FIRMA | SELLO | | FIRMA | | | | |

| | | | | | |
|--|-------------------------|--|-------------------|---------------------------|-----|
| 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 |
| 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 |
| 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 | | | |
| FUNCIONARIO Y SELLO | | | |

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