



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	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 (ETILOGÍA, 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 (SINTESIS). EN CASO DE INDICACIÓN QUIRÚRGICA PRÓXIMA, SENALAR FECHA PROBABLE DE LA INTERVENCIÓN: (SI REQUIERE MAS ESPACIO ADJUNTAR INFORME MÉDICO)							
2.14 EVOLUCIÓN (SINTESIS): (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 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: NOMBRE Y APELLIDO:		3.7 JEFE DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA: NOMBRE Y APELLIDO:		Nº DE RESOLUCIÓN:			
FIRMA		SELLO		FIRMA			
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 COMISIÓN O SUB-COMISIÓN 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 Nº: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>				
4.7 DIAGNÓSTICO 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							
4.10 ORIGEN OCUPACIONAL O AGRAVADA POR EL TRABAJO, SEGÚN CERTIFICACIÓN DE INPSASEL:			DISCRIMINACIÓN DE PORCENTAJES: ORIGEN COMÚN: _____ ORIGEN OCUPACIONAL: _____ NÚMERO: _____ NÚMERO: _____ LETRAS: _____ LETRAS: _____				
DIRESAT _____ CERTIFICADO Nº _____ FECHA _____							
4.11 MIEMBRO AUTORIZADO DE LA COMISIÓN O SUB-COMISIÓN: NOMBRE Y APELLIDO:			4.12 PRESIDENTE DE LA COMISIÓN O SUB-COMISIÓN: NOMBRE Y APELLIDO:				
CÉDULA DE IDENTIDAD Nº:			Nº REGISTRO MPPS:				
FIRMA			FIRMA				
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 SERÁ 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 C.I. Nº FECHA HORA EN CASO DE GRUPOS DE EXPEDIENTES, Nº DE COMUNICACIÓN O RELACIÓN DE ENTREGA ► RECIBIDO POR: FIRMA			