

ACUERDO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ARGENTINA Y COLOMBIA
INFORME MÉDICO DETALLADO.

Artículo 14 Y 15 del Acuerdo Administrativo.

1. Persona examinada.

1.1	Primer Segundo apellido (2)	apellido
1.2	Nombre Lugar de nacimiento (3)	Apellido(s) anteriores(3)
1.3	Fecha de nacimiento DD ____ MM ____ AAAA ____ Sexo ____	
1.4	Nacionalidad _____ D.N.I./ (C.C., C.E, T.I.,R.C .o NUIP) (4) _____	
1.4	Dirección (1) _____	
1.5	Último empleo, Trabajo u ocupación remunerados-CÓDIGO CIUO -08_AC:	
1.6	Niveles de escolaridad: (según grados Analfabeta, preescolar, primaria, básica, media, Tecnológica, universitaria y posgrados)	
1.7	Correo electrónico:	
1.8	Número de afiliación:	
1.9	Fecha de presentación de la solicitud de RTI _____	
1.10	Enfermedades Catastróficas / Progresivas - Degenerativas y Congénitas:	
1.11	Fecha de presentación de la solicitud de revisión de pensión o por patología progresiva	

1.2 Informe expedido por el médico laboral examinador

1.2.1	Apellido(s)	Nombre
1.2.2	Dirección (1)	
1.2.3	Nombre del médico laboral de la Institución / Entidad	
	Administradora de Pensiones Calificadora:	

1.3. Institución que solicita el Examen.

1.3.1	Denominación
1.3.2	Dirección (1)
1.3.3	Número de referencia del expediente
1.3.4	Sello	
1.3.	Fecha
1.3.	Firma

2. Historial del paciente

Historial clínico - Evolución con diagnósticos, estudios clínicos de la o las enfermedades en forma cronológica, incluyendo fechas:	
2.1	Principales dolencias que alega en la actualidad (Incluir diagnóstico(s) actual(es): según Codificación CIE 10 / CIE 11.
2.2	El paciente está siendo tratado por el médico - describir si es especialista y/o la Institución (Describir si se encuentra en rehabilitación integral, entendida esta como el conjunto de todos los apoyos y acciones a nivel funcional, educativo, laboral, social y de uso de dispositivos de apoyo.)
2.3	Tratamiento actual (incluye: dosis, vía de administración, frecuencia, dieta, necesidad de monitoreos biológicos)
2.4	¿Ejerce el asegurado en la actualidad una actividad laboral remunerada? (5) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número de horas de

trabajo:
.....Tipo de actividad (descripción de tareas y acciones necesarias para ejecutar la actividad)
.....
.....
.....
.....

En caso Negativo, especifique por favor:
Presenta restricciones para tareas o actividades propias de su trabajo, fue reubicado temporalmente, se encuentra reubicado definitivamente; ya no labora.
.....
.....

Si ya no labora en la empresa, especifique la razón (despido, retiro voluntario) y en qué condiciones se retiró (estaba en el mismo puesto de trabajo u actividad remunerada)
.....
.....
.....

2.5 Accidentes de trabajo / enfermedades profesionales, Fecha (Deficiencias o daños).
.....
.....
.....

2.6 Características del último empleo, trabajo u ocupación remunerada - CÓDIGO CIUO -08_AC (descripción de tareas y acciones necesarias para ejecutar esta labor)
.....
.....
.....
.....

2.7 Incapacidad temporal laboral (5) desde
el:
.....
Cese de la actividad o desvinculación laboral,
el:
.....

3. Examen Físico

3.1 Estado General (5)
Talla cm Peso kg
Estado de nutrición: bueno exceso de peso falta de peso
Membranas y mucosas
.....
.....
.....
Piel

.....
.....
.....
.....
Comentarios:

3.2 Cabeza:

3.2.1 Visión

3.2.2 Oído

3.2.3 Otros órganos sensoriales.

3.3 Cuello (observaciones externas)

3.3.1 Examen de la glándula tiroides

3.3.2 Ganglios linfáticos

3.3.3 Otros.

3.4 Aparato respiratorio:

3.5 Sistema circulatorio

3.5.1 Corazón

3.5.2 Pulso

3.5.3 Tensión arterial (en reposo)

3.5.4 Tensión arterial (segunda medición)

3.5.5 Vasos periféricos

3.5.6 Edema

3.5.7 ECG (en reposo)

3.6 Abdomen

3.6.1 Aparato digestivo y órganos intra-abdominales

3.6.2 Hígado

3.6.3 Bazo

3.6.4 Riñones.

3.7 Aparato genito-urinario

3.8 Sistema endocrino

3.9 Aparato locomotor (en caso necesario, usar el método neutral O, página anterior)

3.9.1 Columna vertebral.

.....
.....
.....

3.9.2 Extremidades superiores. (describir amputaciones y grados de limitaciones funcionales de las articulaciones)

.....
.....
.....
.....

3.9.3 Extremidades inferiores. (describir amputaciones y grados de limitaciones funcionales de las articulaciones, acortamientos)

.....
.....
.....

.....
.....
.....

3.10 Presencia de ganglios linfáticos.
.....
.....

3.11 Comprobaciones neurológicas (Sensación y sensibilidad: táctil superficial) (5)
.....
.....

3.11.1 Movimiento (potencia y tono) normal rápido lento débil
3.11.2 Marcha normal deficiencia / derecha deficiencia / izquierda
.....
.....

3.11.3 Reflejos osteotendinosos y cutáneo- mucosos:
.....
.....
.....

3.11.4 Síntomas neurovegetativos:
.....
.....

3.11.5 Síntomas extrapiramidales: _____ Escala de Webster
.....
.....
.....

3.12. Aparato Psíquico: (Certificación por Psiquiatría, transcribir los síntomas / signos y periodo intercriticos, tiempos) Diagnostico (s)
actual(es))

3.13 Otras (alergias, etc)
.....
.....
.....

4. Pruebas funcionales y fechas de realización (en caso necesario y según órgano afectado)

4.1 Función pulmonar (Describir la espirometría post Broncodilatador VEF1 / CVF y grado de disnea según clasificación del MCR (medical Research Council) modificada por la ATS - ó

mediciones de Dlco (difusión de monóxido de carbono) ó Vo2max (volumen máximo de O2)

.....
.....
.....

4.2 Función cardíaca (incluir Ecocardiograma y/o Test de ejercicio y/o Holter -
Clasificación funcional NYHA, signos de falla

Cardiaca)
.....
.....

4.3 Ecografía Doppler (corazón y vasos)

.....
.....
.....

4.4 Estudios por formación de imágenes diagnósticas (indicar fecha y describir resultados: Rx,
TAC, RNM, Ecografías, entre otros)

.....
.....
.....

4.5 Resultados de laboratorio Clínico

.....
.....
.....

4.6 Resultados de laboratorio Patológico (histopatología)

.....
.....
.....

4.7 Agudeza Visual (con corrección óptica):

Ojo Derecho _____

Ojo Izquierdo _____

Visión Binocular _____

Campimetría _____

4.8 Oídos Audiometría vía ósea y conductiva _____

4.9. Sistema nervioso Periférico: (Electromiografía-NC; prueba de monofilamento;
Discriminación de dos puntos) _____

4.10. Valoración de los ángulos de movimiento articular: (Pruebas de Goniometría de superficie
por grados encontrados)

.....
.....

4.11. Otras pruebas:.

.....
.....
.....

7.2.4 – Categoría del cuidado personal

7.2.5. Categoría de la Vida Domestica

7.2.6: Especifique que dispositivos de apoyo usa al momento de la valoración y para que?

- Dispositivos para la visión: Si_No_Por que?
- Dispositivos para el oído: Si_-No_Por que?
- Dispositivos para la movilidad de MMSS: Si_No_Por que?
- Dispositivos para la movilidad de MMII: Si_-No_-Por que?
- Dispositivos para otras funciones y estructuras corporales: Si_-No_____ Por que _____-Especifique cuál (ISO 9999 de 2012)

8. ¿Es posible mejorar el estado de salud actual? (concepto Favorable o desfavorable de Rehabilitación) (5)

SI NO no es posible responder

8.1 En Colombia, conforme a l Artículo 38 de la Ley 100 de 1993, se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral.

9. REEXAMEN: /(REVISION DE LAS PENSIONES DE PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD - INVALIDEZ) Sentencia C 458 /2015

Antes del tercer año A los 3 años Fecha

10. ACCEDE A LA PRÓRROGA EXCEPCIONAL POR DOS AÑOS DEL RETIRO TRANSITORIO POR INVALIDEZ DE LEY 24.241- ARGENTINA / O POR TRES AÑOS LEY 100/93 COLOMBIA”

SI NO

11. ACCEDE AL RETIRO DEFINITIVO POR INVALIDEZ DE LEY 24241 - ARGENTINA / O POR TRES AÑOS LEY 100/1993 COLOMBIA

SI NO

Firma de la autoridad competente para calificar la invalidez

Sello

INSTRUCCIONES

El presente formulario se cumplimentará a máquina o en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos.

NOTAS

- (1) Para Argentina indicar: calle, número, código postal, localidad y provincia.
- (2) Para nacionales argentinos es imprescindible el segundo apellido.
- (3) Indicar localidad y país.
- (4) Para los nacionales argentinos indicar el número del Documento Nacional de Identidad (DNI) (si no lo posee indicar expresamente "no lo tiene").

Para los nacionales colombianos : Cédula de Ciudadanía (CC), Cédula de Extranjería (CE,) Tarjeta de Identidad (T.I.)
Registro Civil o Número Único de Identificación (R.C o NUIP).

- (5) Marcar la casilla que corresponda.

NOTA :

Para los casos de Prestaciones de Retiro por Invalidez e hijo menor discapacitado que dependa económicamente del asegurado completar Declaración Jurada Nivel Educación Alcanzado (anexo) y el formulario de Informe Médico.







Form. PS63

Declaración Jurada sobre nivel de Educación Formal Alcanzado - Prestación Retiro por Invalidez

Expediente			
Organismo	Número de CUIL / CUIT	Trámite	Set

Apellido/s y Nombre/s				
Domicilio - Calle o Paraje Rural				
	Número	Piso	Depto.	Cód. Postal
Localidad	Provincia		Teléfono	

Tipo y N° de Documento

Cl. N°	Expedida por

¿Sabe Leer? SI NO

¿Sabe Escribir? SI NO

Encontrándose incorporado y afiliado a

_____, donde peticiona la prestación de retiro por invalidez, manifiesta que no dispone de documentación que acredite su nivel de educación formal, por lo que, en cumplimiento de lo dispuesto por el Art. 49 de la Ley N° 24241, declara bajo juramento haber alcanzado el siguiente nivel de educación formal:

Primaria Completa SI No Hasta el _____ grado.

Secundaria Completa SI No Hasta el _____ año. Colegio _____

En la especialidad _____ Título Obtenido _____

Terciaria Completa SI No Hasta el _____ año.

En la especialidad _____ Título Obtenido _____

Universitaria Completa SI No Hasta el _____ año.

En la especialidad _____ Título Obtenido _____

Otros Estudios SI No Hasta el _____ año.

En la especialidad _____ Título Obtenido _____

No teniendo nada más que agregar o enmendar, a los fines de esta declaración jurada, la firmo en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ de 199 _____.

EL PRESENTE FORMULARIO REVISTE EL CARACTER DE DECLARACION JURADA, DEBIENDO SER COMPLETADO SIN OMITIR NI FALSAR NINGUN DATO, SUJETANDO A LOS INFRACTORES LA S PENALIDADES PREVISTAS EN LOS ARTICULOS 172 Y 292 DEL CODIGO PENAL PARA LOS DELITOS DE ESTAFA Y FALSIFICACION DE DOCUMENTOS