

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

INFORME MÉDICO DETALLADO.

Artículo 21,22 y 23 del Acuerdo Administrativo

1.1 Institución a la que se dirige el informe.	
1.1.1	Denominación y/o nombre
1.1.2	Dirección (1)
1.1.3	Referencia:

1.2 Datos del examinado

1.2.1 Apellido(s) (2)			
1.2.2	Nombre	Apellido(s) (3)	Lugar de nacimiento (4)
1.2.3	Fecha de nacimiento	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nacionalidad
			Numero de Identificacion (5)
1.2.4 Dirección (1)			
1.2.5 Último empleo			
1.2.6 Niveles de escolaridad			
1.2.7 Correo electrónico			
1.2.8 <input type="checkbox"/> Número de afiliación			
1.2.9 <input type="checkbox"/> Número de Resolución de pensión			
1.2.10 Fecha de presentación de la solicitud de pensión			
1.2.10 Fecha de presentación de la solicitud de revisión de pensión o por Patología progresiva			
1.2.11 Patología degenerativa / progresiva			
1.2.12 Patología Congénita			
1.2.13 Patología de alto costo / catastrófica			

1.3 Informe expedido por el médico laboral examinador

1.3.1 Apellido(s)	Nombre
1.3.2 Dirección (1)	
1.3.3 Nombre del /Inspector y/o médico laboral de la Institución Calificadora	

1.4 Institución que solicita el examen

1.4.1 Denominación	
1.4.2 Dirección (1)	
1.4.3 Número de referencia del expediente	
1.4.4 Sello	1.4.5 Fecha
	1.4.6 Firma

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

INFORME MÉDICO DETALLADO.

Tipo de actividad
.....
.....
.....
.....

3.4.2 Accidentes de trabajo / enfermedades profesionales, Fecha y secuelas o daños.
.....
.....

3.4.3 Características del último empleo / trabajo u ocupación
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.4.4 Incapacidad temporal laboral (6) Si No
desde el:

Cese de la actividad o desvinculación laboral, el:
.....

4. Examen Físico

4.1 Estado General (6)
Talla cm Peso kg
Estado de nutrición: bueno exceso de peso falta de peso
Membranas mucosas
.....
.....
Piel Estado mental y emocional
.....
Comentarios:
.....
.....

4.2 Cabeza:

4.2.1 Visión

4.2.2 Oído

4.2.3 Otros órganos sensoriales.

4.2 Cuello (observaciones externas).

4.3.1 Examen de la glándula tiroides.

4.3.2 Ganglios linfáticos.

4.3.3 Otros.

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

INFORME MÉDICO DETALLADO.

4.4	Aparato respiratorio:
4.5	Sistema circulatorio
4.5.1	Corazón
4.5.2	Pulso
4.5.3	Tensión arterial (en reposo)
4.5.4	Tensión arterial (segunda medición)
4.5.5	Vasos periféricos
4.5.6	Edema
4.5.7	ECG (en reposo)
4.6.	Riñones
4.7	Abdomen
4.7.1	Aparato digestivo y órganos intra-abdominales
4.7.2	Hígado
4.7.3	Bazo
4.7.4	Aparato genito-urinario
4.8	Sistema endocrino
4.9	Aparato locomotor (en caso necesario, usar el método neutral O, página anterior)
4.9.1	Columna vertebral.
4.9.2	Extremidades superiores. (describir amputaciones y grados de limitaciones funcionales de las articulaciones)
4.9.3	Extremidades inferiores. (describir amputaciones y grados de limitaciones funcionales de las articulaciones, acortamientos)
4.10	Presencia de ganglios linfáticos.
4.11	Comprobaciones neurológicas (6)
4.11.1	Movimiento (potencia y tono) <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> rápido <input type="checkbox"/> lento <input type="checkbox"/> débil
4.11.2	Marcha <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> deficiencia / derecha <input type="checkbox"/> deficiencia / izquierda
4.11.3	Reflejos osteotendinosos y cutáneo-mucosos:.....
4.11.4	Síntomas neurovegetativos:

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

INFORME MÉDICO DETALLADO.

4.11.5. Síntomas extrapiramidales:.....Escala de
Webster.....

4.12 .Aparato Psíquico: (antecedente de tratamientos, internaciones, presentación de certificación por especialista, manifestación de síntomas o sospecha de patología psiquiátrica deberá realizarse examen psiquiátrico según arte).

4.13 Otras (alergias, etc)

5 Pruebas funcionales y fechas de realización (en caso necesario)

5.1 Función pulmonar. **Indicar: espirómetrias post Broncodilatador VEF1 y CVF y grado de disnea según escala de MCR_ATS. (medical Reserarch Council) ó mediciones de DLCO (disfunción de monóxido de carbono) ó V02max (volumen máximo de oxígeno)**.....

5.2 Función cardíaca/ECG de esfuerzo (**Señalar conforme la clasificación duncional NYHA, signos de falla Cardíaca**).

5.3 Ecografía Doppler (corazón y vasos)

5.4 Estudios por formación de imágenes (indicar fecha)

5.4.1 Resultados del examen radiográfico por rayos X de hoy

5.4.2 Resultados de anteriores exámenes radiográficos por rayos X realizados en otra parte

5.4.3 Ecografía (abdomen y otros)

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

INFORME MÉDICO DETALLADO.

.....
5.4.4 Imágenes por resonancia magnética (RNM) e investigaciones especiales.
5.5 Resultados de laboratorio Clínico
5.6 Resultados de laboratorio Patológico
5.7 Agudeza Visual: (con correccion optica) Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____ Visión Binocular _____ Campimetría _____
5.8 Oídos Audiometría vía ósea y aerea _____
5.9. Sistema nervioso Periférico: (Electromiografía - NC; Pruebas de monofilamento; Discriminación de dos puntos) _____ _____ _____
5.10. Valoración de los ángulos de movimiento articular: (Pruebas de Goniometría de superficie por grados encontrados) _____ _____
5.11 Otras pruebas

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR
INFORME MÉDICO DETALLADO.

6. Hoja complementaria reservada a las observaciones de otros especialistas (a completar únicamente en caso necesario).

Area reserved for additional medical observations from other specialists. The area contains horizontal dotted lines for text entry.

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
 ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR
INFORME MÉDICO DETALLADO.

7. Diagnóstico indicando la causa de la incapacidad

7.1 Diagnóstico Principal: (CIE -10 / DSM -4)

.....

7.2 Diagnóstico secundario: (CIE -10/ DSM -4)

.....

7.3. Deficiencias Motivos de Valoración

.....

8 FUNDAMENTO TÉCNICO: (Describir los datos que determinan *el Rol Laboral (ROL OCUPACIONAL)*)

(Consignar las limitaciones y/o restricciones que le está generando la deficiencia en el funcionamiento de la persona (Desempeño / capacidad)

.....

8.1 Rol laboral LABORAL

(Describir las tareas y acciones para ejecutar las actividades y acciones necesarias que puede ejercer actualmetne las personas, con o sin limitaciones, con adaptaciones, reubicado, con cambio de trabajo/empelo ó con restricciones parciales o completas y su incidencia a nivel ECONOMICO)

.....

8.2.OTRAS AREAS OCUPACIONALES – CIF OMS

(Descripción de las diversas actividades de la vida diaria – AVD, actividades de la vida diaria instrumentales –AVDI, actividades en educación, estudio, juego, ocio y participación social)

8.2.1 – Categoría para el Aprendizaje y aplciación del conocimiento

.....

8.2.2 – Categoría de la Comunicación

.....

8.2.3 – Categoría de la Movilidad

.....

8.2.4 – Categoría del cuidado personal

.....

8.2.5. Categoría de la Vida Domestica

.....

8.2.6: 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 odido: Si ___ No ___ Por que? _____

• Dispositivos para la movilidad de MMSS: Si ___ No ___ Por que? _____

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

INFORME MÉDICO DETALLADO.

• 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

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

Aderencia al Tratamiento y Respuesta al Tratamiento

.....
.....

9. Comparación con el informe anterior (fecha Día Mes Año) (6)

Mejora Empeoramiento Sin Cambios

10. ¿Será necesario realizar un nuevo reconocimiento? (6)

Sí No En caso afirmativo, indíquese la fecha.....

11. REEXAMEN: /(REVISIÓN DE LAS PENSIONES DE INVALIDEZ)

Antes del tercer año A los 3 años Fecha

Firma de la autoridad competente para calificar la invalidez

Sello

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL
ENTRE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

**INFORME MÉDICO DETALLADO.
INSTRUCCIONES**

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

NOTAS

- (1) Para Colombia, indicar: Dirección, Ciudad o Municipio y Departamento.
 - (2) Para nacionales ecuatorianos es imprescindible el segundo apellido.
 - (3) Para las mujeres que están o han estado casadas, indicar el apellido de nacimiento.
 - (4) Indicar localidad y país.
 - (5) Para los nacionales colombianos residentes en Ecuador indicar el número de identidad extranjera (NIE). Para los nacionales colombianos : Cédula de Ciudadanía (CC), Cédula de Extranjería (CE,) Tarjeta de Identidad (T.I.) Registro Civil, Pasaporte (P) o Número Único de Identificación (R.C o NUIP)
 - (6) Marcar la casilla que corresponda.
-