

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y COLOMBIA.

INFORME MÉDICO DETALLADO.

Artículo 11 del Convenio y 9 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 Persona examinada.

1.2.1	Apellido(s) (2)		
1.2.2	Nombre	Apellido(s) anteriores (3)	Lugar de nacimiento (4)	
1.2.3	Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad	D.N.I./NIE (5)
1.2.4	Dirección (1)			
1.2.5	Último empleo			
1.2.6	<input type="checkbox"/> Número de afiliación			
1.2.7	<input type="checkbox"/> Número de Resolución de pensión			
1.2.8	Número de Resolución por IPP			
1.2.9	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			

1.3 Informe expedido por el médico laboral examinador

1.3.1	Apellido(s)	Nombre
1.3.2	Dirección (1)		
1.3.3	Nombre del Inspector médico de la D.Prov. de 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

Apellido(s), nombre:

Fecha:

2.1 Dictamen basado en el examen de:

(fecha)

2.2 Dictamen basado en el informe médico

(fecha)

3 Historial del paciente

3.1 Historial clínico – Evolución con diagnósticos, estudios clínicos de la o las enfermedad(es) en forma cronológica, incluyendo fechas

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

3.2 Principales dolencias que alega en la actualidad

.....

.....
3.2.1 El paciente está siendo tratado por el médico – describir si es especialista y/o la Institución
.....

3.3 Tratamiento actual

3.4 Antecedentes sociales y carrera profesional

3.4.1 ¿Ejerce el asegurado en la actualidad una actividad remunerada? (6)

Sí

No

Número de horas de trabajo:

Tipo de actividad

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

3.4.3 Características del último empleo

3.4.4 Incapacidad temporal laboral (6)

desde el

.....
Cese de la actividad o desvinculación laboral

el

-
- 4.11 Síntomas neurovegetativos
.....
- 4.12 Otros (alergias, etc)
.....

Apellido(s) nombre:

Fecha:

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

5.1 Función pulmonar

.....
.....

5.2 Función cardíaca/ECG de esfuerzo

.....
.....

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)

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

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 Otras pruebas

.....

Apellido (s), nombre:

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

Apellido(s), nombre:

Fecha:

7 Diagnóstico, indicando la causa de la incapacidad.

.....

8 Resumen

.....

Evolución de la enfermedad

.....

Perjuicio para la salud

.....

Déficits funcionales

.....

Comparación con el informe anterior (fecha.) (6)

mejora empeoramiento sin cambios

9 El asegurado sigue siendo capaz de realizar de forma regular un trabajo (6)

- pesado
- medio
- ligero

Apellido(s) nombre:

Fecha:

10 Deberán tenerse en cuenta las siguientes restricciones

10.1 Se evitará el trabajo: (6)

- | | |
|---|--|
| en lugar húmedo <input type="checkbox"/> | en lugar frío <input type="checkbox"/> |
| en lugar a alta temperatura <input type="checkbox"/> | en lugar ruidoso <input type="checkbox"/> |
| en lugar con humo, gases, vapores <input type="checkbox"/> | |
| por turnos <input type="checkbox"/> | en turno de noche <input type="checkbox"/> |
| en tareas que obligan frecuentemente al asegurado a encorvarse, elevar o transportar objetos <input type="checkbox"/> | |

- | | |
|---|---|
| que requiera el uso de rampas, escaleras, escalerillas <input type="checkbox"/> | peligro de caída <input type="checkbox"/> |
|---|---|

10.2 La actividad deberá desarrollarse únicamente: (6)

- | | |
|---|---|
| sentado <input type="checkbox"/> | con pausas adicionales <input type="checkbox"/> |
| en sitios cerrados <input type="checkbox"/> | (además de las pausas habituales) número y duración de la pausas
..... |

con una postura corporal variada un trabajo que requiera andar,
estar sentado y de pie

sin presión especial por límites de tiempo

10.3 El rendimiento en el trabajo se ve reducido porque el asegurado tiene un uso restringido de sus órganos sensoriales, manos, etc.

Es alérgico a:

11 Preguntas complementarias

11.1 ¿Puede el asegurado realizar un trabajo en pantalla de video? (6)

SI NO

En caso negativo, especificar la causa

11.2 ¿Puede el asegurado trabajar sin la ayuda de otra persona en el lugar de trabajo? (6)

SI NO

En caso negativo, especificar la causa

11.3 ¿Puede el asegurado trabajar a domicilio sin la ayuda de otra persona? (6)

SI NO

En caso negativo, especificar la causa

Apellido(s) nombre:

Fecha:

11.4 ¿Puede el asegurado trabajar a tiempo completo en su último puesto de (6)

SI NO

En caso negativo, especifíquese el tiempo máximo de trabajo (en horas o porcentajes de día laboral)

11.5 ¿Puede el asegurado realizar trabajo adaptado? (6)

SI NO

En caso afirmativo, citar algunos ejemplos de trabajo adaptado

11.6 ¿Puede el asegurado realizar un trabajo adaptado a tiempo completo? (6)

SI NO

En caso negativo, especificar el tiempo máximo de trabajo (en horas o porcentajes de una jornada laboral)

11.7 La invalidez o grado de pérdida de capacidad laboral (Incapacidad permanente parcial), para el último puesto es, en virtud de la legislación del país de residencia (6)

Total Parcial Grado de invalidez o porcentaje de la pérdida de capacidad laboral

11.8 Grado de invalidez o porcentaje de la pérdida de capacidad laboral para cualquier otro tipo de trabajo en relación con las aptitudes del interesado, en virtud de la legislación del país de residencia.

11.9 Categoría de invalidez en virtud de la legislación del país de residencia.

(A rellenar únicamente si el reconocimiento médico se llevó a cabo con el fin de determinar si se admite una solicitud de pensión de invalidez o de incapacidad (indemnización por incapacidad permanente parcial (subsido por incapacidad).

restricciones establecidas Las

(a) han sido permanentes desde

(b) son temporales, del al

11.10 ¿Es posible mejorar el estado de salud actual? (6)

SI NO no es posible responder

En caso afirmativo, indíquese las medidas y si hay lugar aplicar el subsidio por incapacidad (colombiano)

.....

Apellido(s) nombre:

Fecha:

11.11 ¿Puede mejorarse la capacidad de trabajo mediante (6)

formación sanitaria

formación profesional?

SI

NO

No es posible responder

12 ¿Será necesario realizar un nuevo reconocimiento? (6)

Sí

No

En caso afirmativo, indíquese la fecha

.....

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 España indicar: calle, número, código postal, localidad y provincia.
 - (2) Para nacionales españoles 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 españoles indicar el número del Documento Nacional de Identidad aunque esté caducado. Si no lo posee indicar expresamente "no lo tiene". Para los nacionales colombianos residentes en España indicar el número de identidad extranjera (NIE).
 1. Para los nacionales colombianos : Cédula de Ciudadanía (CC), Cédula de Extranjería (CE,) Tarjeta de Identidad (T.I.) Registro Civil o Número Unico de Identificación (R.C o NUIP).....
 - (6) .Marcar la casilla que corresponda.
-