

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE  
CHILE Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

CHI/COL -05

INFORME MÉDICO DE INVALIDEZ

D	D	M	M	A	A	A	A

FECHA DE INICIO DE INCAPACIDAD

Nº EXPEDIENTE

ORGANISMO DE ENLACE DESTINATARIO		
DENOMINACION		
DIRECCION		

SOLICITANTE		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
EDAD	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL
SEXO	ACTIVIDAD LOBORAL	CEDULA DE IDENTIFICACION (1)
DOMICILIO		

FECHA:

NOTA: (1) Deberá informar el número de cédula expedida en el país que corresponda.



CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE  
CHILE Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

FECHA:

EXAMEN FISICO

EXAMEN FISICO GENERAL

PULSO      PRESION ARTERIAL      TALLA      PESO      DOMINANCIA DERECHO O IZQUIERDO

TIPO CONSTITUCIONAL      ESTADO NUTRITIVO      ESTADO GENERAL

EDAD CRONOLOGICA

EDAD FISIOLÓGICA

EXAMEN FISICO SEGMENTARIO

CABEZA

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

CUELLO

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

TORAX

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

13

CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA REPÚBLICA DE  
CHILE Y LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

FECHA:

ABDOMEN:

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

GENITALES:

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

COLUMNA VERTEBRAL:

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

EXTREMIDADES SUPERIORES:

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

EXTREMIDADES INFERIORES:

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

FECHA:



