

ACUERDO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE URUGUAY Y COLOMBIA
INFORME MEDICO DETALLADO

Artículo 8 y 9 Reglamento del Acuerdo

1.1 Organismo de enlace destinatario

1.1.1	Denominación y/o nombre
1.1.2	Dirección
1.1.3	Referencia C.I.

1.2 Datos del examinado

1.2.1	Apellido(s) (2)	
1.2.2	Nombre	Apellido(s) anteriores (3)	Lugar de nacimiento (4)
			(Documento de Identidad. Tipo y Número)
1.2.3	Fecha de nacimiento	Sexo	Nacionalidad (CC., C.E., T.I.R.C. o N.U.I.P) (5)
1.2.4	Dirección (1)	
1.2.5	Último Empleo, Trabajo u ocupación remunerados: (CÓDIGOCIUO-08_AC).....		
1.2.6	Niveles de escolaridad: (según grados analfabeta, preescolar, primaria, básica, media, tecnológica, universitaria y posgrados).....		
1.2.7	<input type="checkbox"/> Número de afiliación		
1.2.8	<input type="checkbox"/> Número de Resolución de Pensión.....		
1.2.9	Número de Resolución por IPP		
1.2.10	Fecha de presentación de la solicitud de prestación		
1.2.11	Fecha de presentación de la solicitud de revisión de la prestación o por patología progresiva.....		
1.2.12	Correo electrónico		

1.3 Informe expedido por el médico laboral examinador

1.3.1	Apellido(s)	Nombre
1.3.2	Dirección	
1.3.3	Nombre del Inspector de la D. Prov. de y/o Médico laboral de la institución calificador.....	

1.4 Institución que remite 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

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: (Incluir diagnóstico(s) actual(es): según Codificación CIE 10 / CIE 11

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

3.2.1 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.)

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

3.3 Tratamiento actual (incluye: dosis, vía de administración, frecuencia, dieta, necesidad de monitoreos biológicos)

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

3.4 Antecedentes sociales, personales, familiares y carrera profesionales / cargo / oficio / empleo

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

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

SI NO

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

.....
.....

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

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

3.4.3 Características del último empleo / trabajo u ocupación (descripción de tareas y acciones necesarias para ejecutar la actividad)

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

3.4.4 Incapacidad temporal laboral (6)

desde el

Cese de la actividad o desvinculación laboral

el

3.4.5 Enfermedades catastróficas / progresiva – degenerativa y congénita

Apellido(s), nombre:	Fecha:
4.9 Presencia de ganglios linfático.....	
4.10 Comprobaciones neurológicas (6) (Sensación y sensibilidad: táctil superficial), prueba de discriminación de dos puntos y la del monofilamento	
Movimiento (potencia y tono) <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> rápido <input type="checkbox"/> lento <input type="checkbox"/> débil Marcha <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> deficiencia/derecha <input type="checkbox"/> deficiencia/ izquierda Reflejos.....	
4.11 Síntomas neurovegetativos.....	
4.12 Examen mental Aparato Psíquico: (Certificación por Psiquiatría, transcribir los síntomas / signos y periodo intercríticos, tiempos) Diagnostico (s) actual(es)	
4.13 Otras (alergias, etc.).....	

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

5.1 Función pulmonar (Indicar: espirómetros post Broncodilatador VEF1 y CCVF y grado de disnea según escala de MCR_ATS)
5.2 Función cardíaca/ECG de esfuerzo (Señalar conforme la clasificación funcional NYHA, signos de falla cardíaca).
5.3 Ecografía Doppler (corazón y vasos).....
5.4 Estudios por formación de imágenes diagnósticas (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 Agudeza Visual: (con corrección óptica): Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____ Visión Binocular _____ Campimetría _____
5.8 Oídos Audiometría vía ósea y conductiva _____
5.9. Sistema nervioso Periférico: (Electromiografía) _____
5.10. Valoración de los ángulos de movimiento articular: (Pruebas de Goniometría de superficie por grados encontrados) _____
Otras pruebas.....

Apellido(s), nombre:	Fecha:
----------------------	--------

7. Diagnóstico (s) actual (es) / Código CIE 10 / CIE 11) Deficiencias ó daño motivos de valoración:

7.1 Diagnóstico Principal / Deficiencias Motivos de Valoracion: indicando afecciones, Grado o Estadío, Porcentajes de incapacidad laboral acorde con normativa vigente (baremo).....

.....

.....

7.2 Diagnóstico Secundario:

.....

.....

8. FUNDAMENTO TÉCNICO: (Describir los datos que determinan el Grado y Porcentaje de las afecciones)

(Consignar las restricciones que le está generando la deficiencia en su desarrollo de su desempeño laboral y su autosuficiencia económica)

.....

.....

.....

.....

Evolución de la enfermedad 8.1.ROL LABORAL (Describir las tareas y acciones para ejecutar las actividades y acciones necesarias que puede ejercer actualmente 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 aplicación 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 qué?
- 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)

.....

.....

.....

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

Mejora Empeoramiento in Cambios

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

Pesado Medico Ligero

10.

10.1 ¿Es posible mejorar el estado de salud actual? (concepto favorable o desfavorable de rehabilitación) (6)

SI NO no es posible responder

11. REEXAMEN / (REVISION DE LAS PENSIONES DE PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD - INVALIDEZ)

11.1 Antes del tercer año a los 3 años Fecha

12. Deberán tenerse en cuenta las siguientes restricciones

12.1 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 ruidos	<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	<input type="checkbox"/>		
Al asegurado a encorvarse, elevar o transportar objetos que requiera el uso de rampas, escaleras, escalerillas			<input type="checkbox"/>
Peligro de caída			<input type="checkbox"/>
12.2 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 las pausas	
.....			
Con una postura corporal variada	<input type="checkbox"/>	Un trabajo que requiera andar, estar sentado y de pie	<input type="checkbox"/>
Por turnos	<input type="checkbox"/>	En turno de noche	<input type="checkbox"/>
Sin presión especial por límites de tiempo	<input type="checkbox"/>		
12.3 El rendimiento en el trabajo se ve reducido porque el asegurado tiene un uso restringido de sus órganos sensoriales, manos, etc			
.....			
Es alérgico a:			
.....			

13. Preguntas complementarias

13.1 ¿ Puede el asegurado realizar un trabajo en pantalla de video? (6) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso negativo, especificar la causa:
13.2 ¿ Puede el asegurado trabajar sin la ayuda de otra persona en el lugar de trabajo? (6) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso negativo, especificar la causa:
13.3 ¿ Puede el asegurado trabajar a domicilio sin la ayuda de otra persona? (6) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso negativo, especificar la causa:
13.4 ¿ Puede el asegurado trabajar a tiempo completo en su último puesto de trabajo? (6) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso negativo, especifíquese el tiempo máximo de trabajo (en horas o porcentajes de día laboral):
13.5 ¿ Puede el asegurado realizar trabajo adaptado? (6) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

En caso afirmativo, citar algunos ejemplos de trabajo adaptado:
.....

13.6 ¿ 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):
.....

13.7 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

13.8 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.
.....
.....

13.9 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 na solicitud de pensión de invalidez o de incapacidad (indemnización por incapacidad permanente parcial (subsidio por incapacidad).
.....
Las restricciones establecidas:
(a) Han sido permanentes desde.....
(b) Son temporales, del..... al.....

13.10 ¿ Es posible mejorar el estado de salud actual? (6)
SI NO no es posible responder
En caso negativo, indique las medidas y si hay lugar a aplicar el subsidio por incapacidad (colombiano):
.....
.....

13.11 ¿Puede mejorarse la capacidad de trabajo mediante (6)
 Formación Sanitaria Formación profesional?
SI NO es posible responder

14. ¿Será necesario verificar el estado de salud? (6)
.....
SI NO En caso afirmativo, indique la fecha

Realizado en por el Doctor:
Correo electrónico.....
Teléfono

Firma

Firma de la autoridad competente para calificar la invalidez

Sello

INSTRUCCIONES

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

NOTAS

- (1) Para Uruguay, indicar: Calle, número, piso departamento, localidad, departamento, país.
 - (2) Para nacionales colombianos 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: Cédula de Ciudadanía (CC), Cédula de Extranjería (CE), Tarjeta de Identidad (TI). Para los nacionales uruguayos: Cédula de Identidad (CI)
 - (6) Marcar la casilla que corresponda
-