



## SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD RESIDUAL

1.1 TIPO DE SOLICITANTE: EMPLEADOR(A) PÚBLICA <input type="checkbox"/> EMPLEADOR(A) PRIVADA <input type="checkbox"/> FACULTATIVA O PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/>				1.2 FECHA DE ELABORACIÓN: DÍA      MES      AÑO		
1.3 NOMBRE DEL PACIENTE E INICIAL DEL SEGUNDO Y APELLIDO E INICIAL DEL SEGUNDO:				1.4 CÉDULA DE IDENTIDAD N°: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		
1.5 FECHA DE NACIMIENTO:	1.6 EDAD:	1.7 SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	1.8 DIRECCIÓN:	1.9 NÚMERO TELEFÓNICO: (02___)		
<b>SOLO PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADOR O ASEGURADO ACTIVO</b> (LLÉNESE EN MANUSCRITO CON LETRAS CLARAMENTE LEGIBLES) EN LOS CASOS DE SOBREVIVIENTE, DEJAR EN BLANCO				1.10 NÚMERO DE CONTROL:		
1.11 NOMBRE DEL EMPLEADOR O RAZÓN SOCIAL:			1.12 NÚMERO PATRONAL:	1.13 NÚMERO TELEFÓNICO: (02___)		
1.14 ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA O INSTITUCIÓN	1.15 OCUPACIÓN:			1.16 SI ES EMPLEADO PÚBLICO, ANTIGÜEDAD TOTAL RECONOCIDA COMO EMPLEADO PÚBLICO:		
1.17 TIPO DE SOLICITUD U OTRAS OBSERVACIONES:		1.18 EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL: NOMBRE Y APELLIDO:      CÉDULA DE IDENTIDAD N°:		1.19 SOLICITANTE: NOMBRE Y APELLIDO:      CÉDULA DE IDENTIDAD N°:		
		FIRMA      SELLO		FIRMA		

<b>2. SOLO PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE</b> (LLÉNESE EN MANUSCRITO CON LETRAS CLARAMENTE LEGIBLES)				2.1 NÚMERO DE CONTROL:		2.2 FECHA DE ELABORACIÓN: DÍA      MES      AÑO		
2.3 CENTRO ASISTENCIAL EMISOR (DONDE FUE ELABORADA; PÚBLICO O PRIVADO):						2.4 NÚMERO TELEFÓNICO: (02___)		
2.5 NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO TRATANTE QUE SOLICITA EVALUACIÓN:				2.6 ESPECIALIDAD:		2.7 MÉDICO: IVSS <input type="checkbox"/> MPPS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/>		
2.8 FECHA DE INICIO DEL REPOSO ACTUAL:	2.9 FECHA DE INGRESO:	2.10 FECHA DE EGRESO:	2.11 CAUSA DE LA LESIÓN (ETIOLOGÍA, INDICANDO SI ES ENFERMEDAD O ACCIDENTE) EN CASO DE ORIGEN OCUPACIONAL, ADJUNTAR CERTIFICACIÓN DE INPSASEL:  ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/>					
2.12 DIAGNÓSTICO(S): (SI REQUIERE MAS ESPACIO ADJUNTAR INFORME MÉDICO)								
2.13 TRATAMIENTO (SÍNTESIS). EN CASO DE INDICACIÓN QUIRÚRGICA PRÓXIMA, SENALAR FECHA PROBABLE DE LA INTERVENCIÓN: (SI REQUIERE MAS ESPACIO ADJUNTAR INFORME MÉDICO)								
2.14 EVOLUCIÓN (SÍNTESIS): (SI REQUIERE MAS ESPACIO ADJUNTAR INFORME MÉDICO)								
2.15 DESCRIPCIÓN DE LA INCAPACIDAD RESIDUAL (ESTADO ACTUAL) SÍNTESIS: (SI REQUIERE MAS ESPACIO ADJUNTAR INFORME MÉDICO)								
2.16 MÉDICO TRATANTE: CÉDULA DE IDENTIDAD N°:			2.17 DIRECTOR O JEFE MÉDICO DEL CENTRO EMISOR: (PÚBLICO O PRIVADO) NOMBRE Y APELLIDO:					
			CÉDULA DE IDENTIDAD N°:					
FIRMA			SELLO					

<b>3. SOLO PARA SER LLENADO EN LA OFICINA ADMINISTRATIVA MÁS CERCANA A LA RESIDENCIA DEL PACIENTE</b> (LLÉNESE EN MANUSCRITO CON LETRAS CLARAMENTE LEGIBLES)		3.1 NÚMERO DE CONTROL:		3.2 FECHA DE ELABORACIÓN:		
				DÍA	MES	AÑO
3.3 OFICINA ADMINISTRATIVA:				3.4 NÚMERO TELEFÓNICO:		
				(02___)		
3.5 EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA, SOLICITA EVALUACIÓN MÉDICA DEL CIUDADANO QUE A CONTINUACIÓN SE IDENTIFICA, PARA LA APLICACIÓN DE LA NORMATIVA VIGENTE EN:						
INVALIDEZ O INCAPACIDAD PARCIAL <input type="checkbox"/> SOBREVIVIENTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE:						
3.6 FUNCIONARIO RECEPTOR:		3.7 JEFE DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA:				
NOMBRE Y APELLIDO:	CÉDULA DE IDENTIDAD N°:	NOMBRE Y APELLIDO:	N° DE RESOLUCION:			
FIRMA	SELLO	FIRMA	SELLO			

<b>4. CERTIFICACIÓN</b> RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD SOLICITADA. ESPACIO SOLO PARA USO DE LA COMISIÓN EVALUADORA AUTORIZADA. (LLÉNESE EN MANUSCRITO CON LETRAS CLARAMENTE LEGIBLES)		4.1 NÚMERO DE CONTROL:		4.2 FECHA DE ELABORACIÓN:		
				DÍA	MES	AÑO
4.3 COMISION O SUB-COMISION DEL IVSS AUTORIZADA				4.4 NÚMERO TELEFÓNICO:		
				(02___)		
4.5 DIAGNOSTICO DE LA INCAPACIDAD RESIDUAL:						
4.6 OBSERVACIONES:				4.7 PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD PARA EL TRABAJO:		
				EN NÚMEROS:	EN LETRAS:	
<b>SOLO EN CASO DE CONSIGNACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE INPSASEL</b>				DISCRIMINACIÓN DE PORCENTAJES:		
				ORIGEN COMÚN:		ORIGEN OCUPACIONAL:
4.8 ORIGEN OCUPACIONAL O AGRAVADA POR EL TRABAJO, SEGÚN CERTIFICACIÓN DE INPSASEL:				NÚMERO:		
				NÚMERO:		
DIRESAT _____ CERTIFICADO N° _____ FECHA _____				LETRAS:		
				LETRAS:		
4.9 MIEMBRO AUTORIZADO DE LA COMISIÓN O SUB-COMISIÓN:			4.10 PRESIDENTE DE LA COMISIÓN O SUB-COMISIÓN:			
NOMBRE Y APELLIDO:	No. REGISTRO MPPS:		NOMBRE Y APELLIDO:	No. REGISTRO MPPS:		
CÉDULA DE IDENTIDAD N°:			CÉDULA DE IDENTIDAD N°:			
FIRMA	SELLO		FIRMA	SELLO		
<b>NOTA:</b> EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD RESIDUAL, SE BASA EN LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN LA PRESENTE SOLICITUD; POR TANTO, EN CASO DE DATOS ERRADOS O FALSOS, EL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD RESIDUAL SERA CONSIDERADA "ERRADA" Y ANULARÁ ESTA SOLICITUD, SU RESULTADO Y EFECTOS.						

<b>5 EN CASO DE NO REALIZARSE EN LA FECHA ASIGNADA, SE DIFIERE LA EVALUACIÓN PARA:</b>			
	PRIMERA CITA	SEGUNDA CITA	TERCERA CITA
DÍA			
HORA			
FUNCIONARIO Y SELLO			

<b>6 ENTREGA DEL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN:</b>		
NOMBRE		RECIBIDO POR:
C.I. N°		
FECHA		
HORA		
		FIRMA
EN CASO DE GRUPOS DE EXPEDIENTES, N° DE COMUNICACIÓN O RELACIÓN DE ENTREGA		