

INFORME MEDICO PARA JUBILACION POR INVALIDEZ  
DEL SEGURO GENERAL Y MONTEPIO  
(No utilizar en caso de Accidentes de Trabajo).

DATOS PERSONALES:

Teléfono N° .....

..... / ..... / ..... / ..... / .....  
Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombres completos      N° Afiliación      N° Céd Ciudadanía

..... / ..... / ..... / .....  
Fecha de nacimiento      N° de hijos      Estado Civil      Dirección del domicilio

Empresa o Patrono ..... / .....  
N° Patronal

Trabajo habitual (detallando exactamente la clase del mismo) .....  
Tiempo de aportaciones

Otros trabajos que ha realizado

..... / .....  
¿Por qué cesó en su trabajo?      Fecha de cesantía

..... / .....  
Fecha aproximada en que se inicia su incapacidad      Tuvo accidente de trabajo — Fecha

..... / .....  
¿Cuál fue la enfermedad que motivó su jubilación anterior?      ¿Cumplió el tratamiento recomendado?

Ha recibido Subsidio por Enfermedad:    SI        NO        Tiempo .....

ANAMNESIS:

Antecedentes patológicos familiares: .....

Antecedentes patológicos personales: .....

Enfermedad actual .....

EXAMEN FISICO:

..... / ..... / ..... / ..... / .....  
Aspecto general      Deformaciones      Compleción      Estatura      Peso

Piel .....

Cabeza .....

Ojos .....

Oídos .....

Nariz y Garganta .....

Boca .....

Cuello .....

Extremidades .....

Aparato cardiovascular T. A. .... Pulso .....

Aparato respiratorio .....

Aparato digestivo .....

Aparato génito - urinario .....

Sistema nervioso .....

Sistema músculo esquelético .....

Sistema endócrino .....  
Sistema linfático .....  
Estado Psíquico .....

**EXAMENES DE LABORATORIO: (Sólo datos patológicos)**

Sangre .....

Orina .....

Rayos X .....

Otros exámenes .....

Diagnóstico ..... Cód. Enfermedad O.M.S. ....

**CONCLUSIONES:**

¿Puede el enfermo continuar en su trabajo habitual? SI  NO   
¿Necesita descanso y tratamiento? SI  NO  Tiempo aproximado .....

¿Desde cuándo comienza la incapacidad? .....  
Fecha aproximada

**INFORME GENERAL:**

Lugar y fecha en que se extiende este informe: .....

Nombre del Médico informante: .....

(f.) Médico Informante

Informe de la Comisión de Valuaciones en sesión de: (Fecha) .....

(f.) Presidente

(f.) Vocal

(f.) Vocal

(f.) Secretario