

Declaración médica de incapacidad

Nota: El asociado es el responsable de hacer llenar este formulario por el médico tratante (Con letra legible)

Reclamo No. _____

Apellido(s) y nombre(s) del asociado incapacitado				Cédula No.			
Fecha de nacimiento Año Mes Día		Ocupación	Empresa donde trabaja		Teléfono		
Dirección de la residencia			Ciudad del reclamo		Teléfono		
Apellido(s) y nombre(s) del médico tratante					Especialidad		
Dirección de la Oficina/Consultorio			Ciudad		Teléfono		
Causa de la incapacidad Médica <input type="checkbox"/> Accidental <input type="checkbox"/> Quirúrgica <input type="checkbox"/>			Duración incapacidad		Fecha de inicio Año Mes Día		
Origen de la enfermedad Congénita <input type="checkbox"/> Adquirida <input type="checkbox"/>		Tiempo de evolución de la enfermedad diagnosticada		Habrá prórroga Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Fecha en la cual aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad ó del accidente .						Año Mes Día	
Asociado fué hospitalizado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tiempo de hospitalización		Asociado permaneció en Unid. de Cuidados Intensivos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tiempo en UCI. Año Mes Día	
Resumen de la historia clínica: _____ _____ _____ _____							
Justificación de la incapacidad: _____ _____ _____ _____							
Ha requerido otros conceptos de otros profesionales por la misma patología ? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Especialidad:		Fecha Año Mes Día	
Nombre de la Institución donde se efectuó la atención actual:				Ciudad			

SOL-003 (Anverso)

Mod.Jul./2007

Fecha en la cual el paciente dejó de trabajar				Año				Mes				Día				El paciente ha estado anteriormente incapacitado por la misma causa o enfermedad				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				Fecha				Año				Mes				Día			
Se encuentra actualmente incapacitado el paciente				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Es prórroga de incapacidad				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Cuando podrá asumir su trabajo				Año				Mes				Día				<input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Nunca							
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>_____</div> <div>_____</div> <div>_____</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Firma Médico Tratante y sello</div> <div>Código profesional</div> <div>Fecha de elaboración</div> </div>																																							

Espacio reservado para Coomeva

Solidaridad																																									
Observaciones: _____																																									

Fecha de recibo del formulario												Firma																													
Año												Mes												Día																	
Auditoria Médica																																									
Solicitud: Negado <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/>												Días solicitados:						Días autorizados						Días acumulados:																	
Continuos <input type="checkbox"/> Discontinuos <input type="checkbox"/>												Fecha de iniciación						Fecha de terminación						Inicial <input type="checkbox"/> Prórroga <input type="checkbox"/>																	
Año												Mes						Día						Año						Mes						Día					
Días autorizados por hospitalización												Días autorizados por Unidad de Cuidados Intensivos																													
Código del diagnóstico: _____ Diagnóstico: _____																																									
Concepto médico: _____																																									

Observaciones: _____																																									

Fecha del concepto												Firma y sello del Auditor Médico de Coomeva																													
Año												Mes												Día																	

SOL-003(Reverso)