

ENTE GESTOR:	DEPARTAMENTAL/REGIONAL:	FECHA DE LLENADO:

1. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO DE CASADA	NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	CEDULA DE IDENTIDAD	EXP.	MATRICULA SEGURO

2. DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS:

DIAGNOSTICOS:
TIEMPO DE EVOLUCIÓN:
RESULTADOS DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS ACTUALES DE RESPALDO:
RESPUESTA AL TRATAMIENTO:
DESCRIPCION DE LAS SECUELAS: (IRREVERSIBLES Y/O PERMANENTES)
PRONOSTICO (Describir de forma clara y detallada)

¿La afección o desorden del Asegurado es irreversible y permanente? SI NO

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS:

--

Ap. Nombres Med. Trat: _____ Matricula Prof.: _____ CI: _____	_____ (Firma y sello Med. Trat.)	_____ VoBo Requisitos Gestora
---	-------------------------------------	----------------------------------

ARTÍCULO 118.- (MODIFICACIONES AL CÓDIGO PENAL) Información Médica o Declaración.- El médico que con el objeto de beneficiar a un Asegurado emitiere o proporcionare información falsa sobre el estado de salud a efectos de acceder a una Prestación del Sistema Integral de Pensiones incurrirá en privación de libertad de dos a cuatro años.
 D.S. 822 En cumplimiento al ARTÍCULO 141.- (FORMULARIO DE DERIVACIÓN). I. Cuando la afección o desorden del Asegurado sea irreversible y permanente, o cuando la atención curativa ya no proceda, el EGS está en la obligación de emitir el Formulario de Derivación del Ente Gestor de Salud, a fin de que el Asegurado pueda iniciar su trámite de Prestación de Invalidez en el SIP. El EGS está obligado a remitir a la Gestora los análisis, estudios, radiografías, informes médicos y otros que avalen el diagnóstico y pronóstico del Asegurado. II. La APS aprobará el formato y contenido del Formulario de Derivación del EGS mediante Resolución Administrativa.