

INFORME MEDICO POR INCAPACIDAD

Nombre: _____ Edad: _____

Dirección: _____

HISTORIAL DE LA CONDICIÓN QUE CAUSA LA INCAPACIDAD

- (a) Fecha y modo de comienzo _____
- (b) Progreso obtenido y estado actual _____

EXAMEN FÍSICO

- (a) Describa hallazgos de examen físico _____
- (b) Resultado de pruebas realizadas (incluir reportes si es posible) _____
- (c) Peso y estatura actual _____

DIAGNOSTICO

- (a) ¿Cuál es su diagnóstico? _____
- (b) Fecha en que comenzó tratamiento médico con usted por esta condición. _____
- (c) Si la incapacidad es causada por una enfermedad prolongada, indique si la misma se encuentra en Remisión o exacerbación. _____
- (d) Favor de indicar si el paciente esta incapacitado por el Seguro Social o si lo está gestionando. _____

PRONOSTICO

- (a) ¿Cuales pueden ser las posibilidades futuras de la condición que produce incapacidad? _____
- (b) ¿Se encuentra el asegurado totalmente incapacitado para realizar su trabajo? _____
- (c) ¿Puede realizar algún otro tipo de trabajo? _____
- (d) Indique desde cuando está totalmente incapacitado para realizar trabajo. _____
- (e) ¿Considera usted que la incapacidad será permanente? _____
- (f) ¿Si espera recuperación, favor indicar cuando el asegurado podrá realizar algún tipo de trabajo? _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

- (a) Indicar nombre de médicos que atendieron al asegurado. _____
- (b) ¿Ha tratado anteriormente al asegurado? De ser afirmativo sírvase indicar fechas y diagnósticos _____
- (c) ¿Se encuentra el asegurado continuamente confinado en su hogar? _____

Queja principal _____

Historial de enfermedades pasadas (indicar fechas): _____

Sintomatología presentada y severidad de la misma: _____

¿Fue referido este paciente a usted por otro medico? _____

De ser afirmativo, favor indicar nombre y fecha: _____

Nombre del Médico: _____ Fecha de examen: _____

Firma del Médico: _____ Dirección: _____

Licencia Núm. _____

DISABILITY MEDICAL REPORT

Name: _____ Age: _____

Address: _____

MEDICAL HISTORY OF CONDITION CAUSING DISABILITY

- (a) Onset date and mode _____
- (b) Progress achieved and current status _____

PHYSICAL EXAMINATION

- (a) Describe physical examination findings _____
- (b) Test results (include reports if possible) _____
- (c) Current weight and height _____

DIAGNOSIS

- (a) What is your diagnosis? _____
- (b) Date when you began providing medical treatment for this condition _____
- (c) If the disability is caused by a prolonged illness, please state if this illness is in Remission or has become exacerbated

- (d) Please state if the patient has Social Security disability or if he/she is applying for it _____

PROGNOSIS

- (a) What are the future possibilities of the condition causing the disability? _____
- (b) Is the insured fully disabled and unable to perform his/her job? _____
- (c) Can he/she perform any other type of work? _____
- (d) This person is fully disabled and unable to perform his/her work since what date? _____
- (e) Do you believe this disability is permanent? _____
- (f) If recovery is expected, please state when the insured will be able to perform any type of work _____

ADDITIONAL INFORMATION

- (a) State the names of the physicians who treated the insured _____
- (b) Have you treated the insured before? If "yes", please state dates and diagnoses _____
- (c) Is the insured continuously confined to his/her home? _____

Main complaint _____

History of past illnesses (state dates): _____

Symptoms presented and severity of illness: _____

Was this patient referred to you by another physician? _____

If "yes", please state physician's name and date of referral: _____

Physician's Name: _____ Examination Date: _____

Physician's Signature: _____ Address: _____

License num: _____