

Sistema de Retiro para Maestros

Area Servicios de Retiro

INFORME MÉDICO PARA SU SOLICITUD DE RETIRO POR INCAPACIDAD

Nota al Médico: Favor de llenar este formulario lo más detalladamente posible. La información será de carácter confidencial. El Sistema no se responsabilizará de pago alguno en relación a este informe.

Nombre del paciente				Seguro Social
_____	_____	_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Edad

Medidas en el último examen	Síntoma Primordial
Peso _____ lbs.	
Estatura _____	

Historial Presente

Fecha del comienzo	Fecha en que se agravó la condición
_____	_____

Historial relativo a esta enfermedad

--

Diagnóstico	Tratamiento Ambulatorio
_____	_____

Hospitalización

Nombre del Hospital	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
_____	_____	_____

Desarrollo de la Enfermedad
(Favor de completar todos los espacios)

¿Qué mejoría se anticipa?	¿En qué tiempo?
_____	_____

¿Es progresiva la condición?	Restricciones necesarias en actividades del paciente
Sí No Estática	_____

Observaciones
(Favor de incluir los resultados del paciente recientes o relevantes de exámenes de laboratorios, cirugías, biopsia, Rayos X, etc.)

--

Para Uso del Médico
(Favor de llenar en letra de molde o maquinilla)

_____	_____	_____	_____
Nombre del Médico en letra de molde	Especialidad del Médico	Firma del Médico	Número de Licencia
_____			_____
Dirección			Fecha