

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 |