

**INFORME MÉDICO DE INVALIDEZ**  
**RELATORIO MÉDICO DA INVALIDEZ**

*(Artículo 20 del Acuerdo de Aplicación / Artigo 20 do Acordo de Aplicação)*

**I** Organismo de Enlace o Institución Competente que tramita el procedimiento  
Organismo de Ligação ou Instituições Competente que efectua a tramitação do pedido

Nombre del Organismo / Nome do Organismo _____
Dirección / Endereço _____
Localidad/Localidade _____ País _____
Teléfono / Telefone: _____ Correo electrónico / E-mail: _____
Prestación/Beneficio: _____
Fecha de recepción de la solicitud /Data do requerimento __ / __ / ____
Nº de expediente ou referencia _____

**II** Organismos de Enlace o Instituciones Competentes destinatarias  
Organismos de Ligação ou Instituições Competentes destinatarias

Nombre del Organismo /Nome do Organismo	Dirección / Endereço	País	Teléfono / Telefone (incluir códigos de áreas)	Correo electrónico/ E-mail	Nº de expediente

**III Datos del examinado / Dados do examinado:**

Apellido (s) / Sobrenome (s) (1)		Apellido de soltera/ Sobrenome de solteira (2)		Nombre(s) / Nome(s)	
Nombre(s) del padre / Nome (s) do pai			Nombre(s) de la madre / Nome(s) da mãe		
Fecha de nacimiento /Data de nascimento _____/_____/_____		Sexo : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lugar de nacimiento/ Local de nascimento		
Estado/Provincia/Departamento/Región		País		Nacionalidad / Nacionalidade	
Documento de identificación / Documento de identificação:	Tipo	Número	Fecha de expedición/ Data de expedição	País de expedición/País de expedição	
Nº de afiliación/Inscrição Nº de Seguridad Social/Nº Segurança Social (3)		Profesión o actividad/ Profissão ou atividade		Estado civil (4)	
Dirección en el País de Origen /Endereço no País de Origem: Calle/Rua _____ nº _____ Piso/Depto: _____ Localidad/Localidade: _____ C.P. /CEP: _____ Provincia/Estado/ Departamento /Región _____ País _____ Nº de teléfono / Telefone: _____ Correo electrónico/E-mail: _____					
Otras informaciones/Outras Informações (5):   					

#### IV Antecedentes médicos

##### IV.1 Antecedentes médicos personales y familiares / Antecedentes médicos pessoais e familiares

##### IV.2 Antecedentes Laborales en relación con la invalidez / Antecedentes Laborales em relação con incapacidade:

#### V Enfermedad actual / Histórico da Doença Atual

##### V.1 Diagnósticos / Diagnósticos

##### V.2 Tratamientos / Tratamentos

##### V.3 Recuperación / Recuperação

##### V.4 Fecha de inicio de la enfermedad /

Data do Início da Doença (DID): dd/mm/aaaa      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**VI Examen Físico General / Exame Físico Geral:****VI.1 Estado General**

Talla \_\_\_\_\_ Cm.                      Peso \_\_\_\_\_ Kg.

Estado de nutrición:

 bueno                       exceso de peso                       falta de peso

Índice de masa corporal (IMC) \_\_\_\_\_ Membranas mucosas \_\_\_\_\_

Piel \_\_\_\_\_

Estado mental y emocional \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VI.2 Cabeza**

VI.2.1 Visión \_\_\_\_\_

VI.2.2 Oído \_\_\_\_\_

VI.2.3 Otros Órganos sensoriales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VI.3 Cuello (observaciones externas) \_\_\_\_\_**

VI.3.1 Examen de la glándula tiroides \_\_\_\_\_

VI.3.2 Ganglios linfáticos \_\_\_\_\_

VI.3.3 Otros \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VI.4 Aparato respiratorio: \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VI.5 Sistema circulatorio:**

VI.5.1 Corazón \_\_\_\_\_

VI.5.2 Pulso \_\_\_\_\_

VI.5.3 Tensión arterial (en reposo) \_\_\_\_\_

VI.5.4 Tensión arterial (segunda medición) \_\_\_\_\_

VI.5.5 Vasos periféricos \_\_\_\_\_

VI.5.6 Edema \_\_\_\_\_

VI.5.7 ECG (en reposo) \_\_\_\_\_

**VI.6 Abdomen:**

VI.6.1 Aparato digestivo y órganos intraabdominales \_\_\_\_\_

VI.6.2 Hígado \_\_\_\_\_

VI.6.3 Bazo \_\_\_\_\_

VI.6.4 Sistema endocrino \_\_\_\_\_

**VI.7 Aparato génito-urinario:** \_\_\_\_\_

**VI.8 Examen mental (apariencia, aptitud, afecto, pensamiento, lenguaje, conciencia, orientación, memoria reciente y remota, neuropercepción, abstracción, psicomotricidad, juicio)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VI.9 Aparato locomotor (en caso necesario, usar el método natural O, página 8)**VI.9.1 Columna vertebral: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_VI.9.2 Extremidades superiores: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_VI.9.3 Extremidades inferiores: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_VI.9.4 Presencia de ganglios linfáticos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**VI.10 Comprobaciones neurológicas:** \_\_\_\_\_**Movimiento (potencia y tono):**  normal  rápido  lento  débil**Marcha:**  normal  deficiencia/derecha  deficiencia/izquierdo**Reflejos:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**VI.11 Síntomas neurovegetativos:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**VI.12 Otros (alergias, etc.):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VI.13 Pruebas funcionales (en caso necesario)**

VI.13.1 Función pulmonar: \_\_\_\_\_

---

---

---

VI.13.2 Función cardiaca/ECG de esfuerzo: \_\_\_\_\_

---

---

---

VI.13.3 Ecografía Doppler (corazón y vasos): \_\_\_\_\_

---

---

---

VI.13.4 Estudios por formación de imágenes (indicar fecha) \_\_\_\_\_

VI.13.4.1 Resultados del examen radiográfico por rayos x de hoy: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

VI.13.4.2 Resultados de anteriores exámenes radiográficos por rayos x realizados en otra parte: \_\_\_\_\_

---

---

---

VI.13.4.3 Ecografía (abdomen y otros): \_\_\_\_\_

---

---

---

VI.13.4.4 Imágenes por resonancia magnética (RNM) e investigaciones especiales: \_\_\_\_\_

---

---

---

VI.13.5 Resultados de laboratorio: \_\_\_\_\_

---

---

---

VI.13.6 Otras pruebas: \_\_\_\_\_

---

---

---

**Hoja de medición correspondiente al aparato locomotor según el método neutral O**

A registrar solamente aquellos hallazgos patológicos o normales que se deben indicar expresamente.

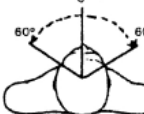
**Columna vertebral**



Extensión/Flexión  
40-0-40°

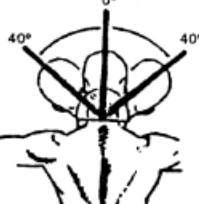
\_\_\_\_\_ °  
\_\_\_\_\_ cm

Distancia mentón-  
fosa supraest




Rotación der/izq.  
60-0-60°

\_\_\_\_\_ °



Inclinación lateral  
der/izq  
40-0-40°

\_\_\_\_\_ °



Prueba de  
movilidad dorso  
lumbar  
8-10-15 cm


-10- \_\_\_\_\_ cm  
\_\_\_\_\_ cm

FBA



Rotación der/izq.  
60-0-60°

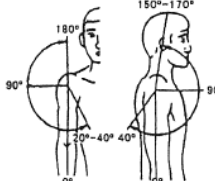
\_\_\_\_\_ °



Inclinación lateral  
der/izq.

\_\_\_\_\_ °

**Articulación escapulo humeral**

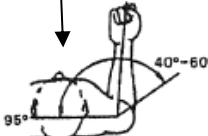


Rotación hacia fuera/  
dentro 50-0-95°

R \_\_\_\_\_ °  
L \_\_\_\_\_ °

Abducción/aducción  
180-0-40°

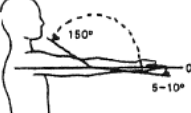
D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °



40°-60°

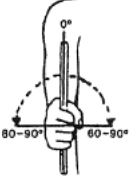
D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °

**Articulación radiocubital**



Extensión/Flexión  
10-0-150°

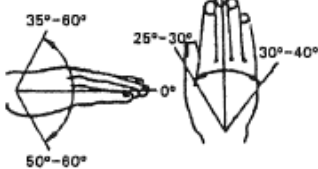
D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °



Supinación/  
Pronación 85-0-85°

D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °

**Articulación radiocarpina**



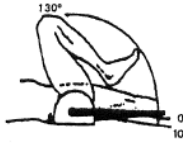
Extensión/Flexión  
50-0-50°

D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °

Abducción/aducción  
30-0-25°

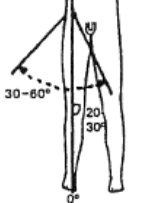
D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °

**Articulación radiocubital**



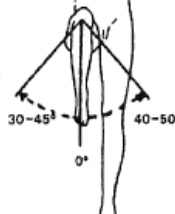
Extensión/Flexión  
10-0-130°

D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °



Abducción/aducción  
50-0-25°

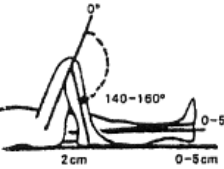
D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °



Rotación externa/  
Interna  
35-0-45°

D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °

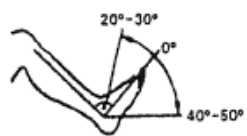
**Articulación de la rodilla**



Extensión/Flexión  
5-0-150°

D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °

**Articulación tibioperoneotarsiana**



Extensión/Flexión  
40-0-25°

D \_\_\_\_\_ °  
I \_\_\_\_\_ °



Medidas perimétricas en cm.

Brazo (15 cm.epic.lat.sup)  
Articulación radiocubital  
Antebrazo (10 cm.epic.lat.inf)  
Articulación radiocarpiana  
Metacarpo (sin dedo pulgar)

D	I



Medidas perimétricas en cm.

Muslo 20 cm. encima de la línea  
articular anterior  
Centro de la rótula  
Pierna 15 cm. debajo de la línea  
articular inferior  
Pierna: perímetro mínimo  
Tobillo

D	I

## VII Diagnóstico (s) clínico (s) fundamentado (s) / Diagnóstico (s) clínico (s) fundamentado (s)

VII.1 Diagnóstico principal / Diagnóstico principal: CIE/CID 10: \_\_\_\_\_

---



---



---

VII.2 Diagnóstico (s) secundario (s) / Diagnóstico (s) secundario (s): CIE/CID 10: \_\_\_\_\_

---



---



---



---

## VIII Resumen

VIII.1 Evolución de la enfermedad: \_\_\_\_\_

---



---

VIII.2 Perjuicio para la salud: \_\_\_\_\_

---



---

VIII.3 Déficits funcionales: \_\_\_\_\_

---



---

VIII.4 Comparación con el informe anterior (fecha \_\_\_\_\_)

mejora     empeoramiento     sin cambios

VIII.5 El asegurado sigue siendo capaz de realizar de forma regular un trabajo:

pesado     medio     ligero     ninguno

**IX Descripción de limitaciones funcionales**

**Deberán tenerse en cuenta las siguientes restricciones:**

**IX.1 Se evitará el trabajo:**

- |   |                          |                   |                          |
|---|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| en lugar húmedo   | <input type="checkbox"/> | en lugar frío     | <input type="checkbox"/> |
| en lugar a alta temperatura   | <input type="checkbox"/> | en lugar ruidoso  | <input type="checkbox"/> |
| en lugar con humo, gases, vapores   | <input type="checkbox"/> | en turno de noche | <input type="checkbox"/> |
| por turnos  | <input type="checkbox"/> | peligro de caída  | <input type="checkbox"/> |
| en tareas que obligan frecuentemente al asegurado a encorvarse, elevar o transportar objetos que requiere el uso de rampas, escaleras, escalerillas | <input type="checkbox"/> |                   |                          |

**IX.2 La actividad deberá desarrollarse únicamente:**

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| sentado                                    | <input type="checkbox"/> | con pausas adicionales   | <input type="checkbox"/> |
| en sitios cerrados                         | <input type="checkbox"/> | (además de las pausas habituales) número y duración de las pausas) _____ |                          |
| con una postura variada                    | <input type="checkbox"/> | un trabajo que requiera andar, estar sentado y de pie                    | <input type="checkbox"/> |
| sin presión especial por límites de tiempo | <input type="checkbox"/> |  |                          |

**IX.3 El rendimiento en el trabajo se ve reducido porque el asegurado tiene un uso restringido de sus órganos sensoriales, manos, etc. \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

es alérgico a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**X ¿Cuándo está previsto un nuevo reconocimiento? / ¿Quando está previsto un novo exame pericial?****XI Otras observaciones /Outras observações**

**XII. Medico/s que emite/n el informe médico / médico/s que emite/n o parecer**

<p>Apellidos y nombre / Sobrenome e nome: _____</p> <p>Realizado en / Realizado em: _____</p> <p>E-mail / Endereço eletrônico: _____</p> <p>Nº de teléfono / Telefone: _____</p> <p>Fecha / Data : ____ / ____ / _____</p> <p>Observaciones/Observações: _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Firma / Firma / Assinatura</b></p>
<p>Apellidos y nombre / Sobrenome e nome: _____</p> <p>Realizado en / Realizado em: _____</p> <p>E-mail / Endereço eletrônico: _____</p> <p>Nº de teléfono / Telefone: _____</p> <p>Fecha / Data : ____ / ____ / _____</p> <p>Observaciones/Observações: _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Firma / Firma / Assinatura</b></p>
<p>Apellidos y nombre / Sobrenome e nome: _____</p> <p>Realizado en / Realizado em: _____</p> <p>E-mail / Endereço eletrônico: _____</p> <p>Nº de teléfono / Telefone: _____</p> <p>Fecha / Data : ____ / ____ / _____</p> <p>Observaciones/Observações: _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Firma / Firma / Assinatura</b></p>

Fecha / Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Instrucciones generales/ Instruções geral:**

***Se acompañarán a este informe los antecedentes médicos que obren en poder de la Institución que lo emite/***

***Acompanhe neste relatório são os registros médicos que são realizados pela instituição emissora***

- (4) Soltero. Casado. Viudo. Divorciado. Separado de hecho. Unión de hecho. Concubinato / Solteiro. Casado. Viúvo. Divorciado. Separado. União Estável. Unión concubinaría.

**Instrucciones particulares/instruções particular:**

- (1) Para Bolivia, apellido de casada cuando corresponda/  
Para o Bolivia, sobrenome de casada, se aplicável
- (2) Para Bolivia y Chile, apellido paterno y materno /  
Para o Bolivia, sobrenome do pai e da mãe
- (3) Para Chile y Uruguay, no procede completar /  
Para o Chile e Uruguay, não completar
- (5) Para Brasil, en el apartado “otras informaciones” se debe informar el número de registro de Personas Físicas – CPF /  
Para Brasil, em “outras informações” deverá ser informado también o número do Cadastro de Pessoas Físicas – CPF