



INFORME MEDICO DE INCAPACIDAD

Ley N° 26790

FECHA		
DIA	MES	AÑO

Comisión	Sesión	Expediente	Informe					
			Comisión		Número		Año	

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Tipo	Número	Código Autogenerado	Sexo	Edad

Red Asistencial

Centro Asistencial	Servicio / Especialidad

La Comisión Médica de Evaluación de Incapacidades, de acuerdo a las facultades conferidas con Resolución N°, y visto(s) el(los) informe(s) médico(s) adjunto(s) a folio(s), por unanimidad, dictaminó

DIAGNOSTICO CIE-10	1°		3°	
	2°		4°	

INCAPACIDAD

1° NATURALEZA TEMPORAL PERMANENTE

FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD

Día	Mes	Año

OBSERVACIONES

VALIDO SOLO PARA EL OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES ECONOMICAS

_____ Firma y Sello
_____ Firma y Sello
_____ Firma y Sello

INSTRUCCIONES DE USO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO 8004

El formulario 8004: **Informe Médico de Incapacidad – Ley N° 26790**, es de uso obligatorio por las Comisiones Médicas Evaluadoras y Calificadoras de Incapacidades que deban pronunciarse sobre la naturaleza de una Incapacidad, cuando la incapacidad temporal es considerada como prolongada por periodos consecutivos o no consecutivos, según sea el caso.

Criterios a considerarse para su llenado:

Se enfatiza que todos los rubros contenidos en el presente documento deben ser correctamente llenados, sin borrones y de preferencia impreso (cuando se cuenta con PC) o a maquina, cuando no se cuente con dichos medios utilizar letra clara y en mayúscula.

Como completar cada casillero:

- **Fecha:** siempre considerar dos dígitos, ejemplo 09 – 05 – 07.
- **Comisión:** Escribir según lo señalado en la Resolución de nombramiento.
- **Sesión:** la correspondiente al libro de actas.
- **Expediente:** considerar el correlativo del año con la ley, ejemplo: 001-26790.
- **Informe Médico :**
 - Comisión:** Según el código que figura en el CITT, que identifica al Hospital o CAS de la Comisión;
 - Número :** Correlativo que se inicia con el 0001 cada año.
 - Año :** El que corresponda al año del informe.
- **Red Asistencial:** la que pertenece la Comisión.
- **Centro Asistencial:** el Hospital que acoge a la Comisión Médica.
- **Servicio/Especialidad:** El servicio que trata y emite el CITT al asegurado.
- **Diagnostico:** En el número 1 señalar el código CIE-10 del diagnostico que origina la incapacidad y en los casilleros siguientes los diagnósticos relacionados directamente con la causa de la incapacidad.

Ejemplo:

1. **N18.0:** Insuficiencia Renal Crónica Terminal,
2. **E10** Diabetes Mellitus,
3. **I10** Hipertensión Arterial.

- **Incapacidad:** Indicar con una **X** :
 - Temporal:** Cuando existe suficiente prueba o evidencia que la causa de la incapacidad puede ser tratada y superada antes o hasta los 340 días.
 - Permanente:** Cuando agotados todos los tratamientos no existen posibilidades de mejora de la causa que origina la incapacidad o el tratamiento es de larga data o incierto y supera los 340 días.
- **Fecha de inicio de la Incapacidad:** Es la fecha que inicia el periodo consecutivo de la incapacidad o en los no consecutivos señalar como fecha el inicio de la contingencia causal de la incapacidad.
- **Observaciones:** Es importante en este rubro señalar solo situaciones que permitan una toma adecuada de decisiones. Ejemplo: Paciente con secuela de fractura reoperado y que su alta esta prevista en 45 días.

Por ningún motivo en este rubro se indicaran situaciones que requieran reconversión laboral como por ejemplo: Obrero de construcción Civil a quien se da su alta al tratamiento y se indica que deba regresar a su trabajo habitual pero no puede realizar ninguna actividad que demande esfuerzo físico.

TABLA DE TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Tabla N° 1	
Tipo de Documento del ASEGURADO	
Código	Descripcion
1	L.E. ó DNI
2.	Carné de Fuerzas Policiales
3.	Carné de Fuerzas Armadas
4.	Carné de Extranjería
7.	Pasaporte
13.	Trabajador menor de edad