

## ANEXO Nº 6

<b>INFORME DE EVALUACION MEDICA</b>										
<b>1. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO</b>										
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Tipo <small>(ver tabla 1º-1)</small>	Número		Código Autogenerado				Sexo	Edad	
								F M		
Ocupación					Labor que Desempeña					
<b>2. DATOS GENERALES DE LA EVALUACION</b>										
Historia Clínica		Centro Asistencial			Servicio / Especialidad					
Tiempo de Enfermedad :					Tiempo de Incapacidad :					
<b>3</b>	<b>RESUMEN DE HISTORIA CLINICA</b>									
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>										
<b>4</b>	<b>EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNOSTICO</b>									
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>										
<b>5</b>	<b>HISTORIA LABORAL (Sólo se llena en los casos de enfermedad profesional o accidente de trabajo)</b>									
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>										

