

ANEXO N° 4

INFORME DE EVALUACIÓN MÉDICA - LEY 26790

I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO FECHA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Autogenerado	Documento de Identidad	Género	Edad
<input style="width: 95%;" type="text"/>	DNI <input type="checkbox"/> C.Extranjería <input type="checkbox"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>

II. DATOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN

Historia Clínica	Establecimiento de Salud	Red Asistencial
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Tiempo de Incapacidad	Trabajo Habitual
Días Consecutivos <input style="width: 30px;" type="text"/> Días No Consecutivos <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Resumen de la Historia Clínica

.....

.....

.....

.....

Exámenes de Ayuda al Diagnóstico

.....

.....

.....

Tratamiento

.....

.....

.....

III. DIAGNÓSTICOS CIE 10

<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

IV. SECUELAS Y COMPLICACIONES CIE 10

<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

V. PRONÓSTICO

Recuperable en 340 días consecutivos SI NO

VI. FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Firma y Sello