

**ANEXO N° 04  
INFORME DE EVALUACIÓN MÉDICA – LEY 26790**

**I. DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO**

 FECHA   

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

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

**II. DATOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN**

Historia Clínica	IPRESS	Red
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

Tiempo de Incapacidad	Trabajo Habitual
Días Consecutivos <input style="width:50%;" type="text"/> Días No Consecutivos <input style="width:50%;" 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:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>

**IV. SECUELAS Y COMPLICACIONES**

CIE 10

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