



FORMULARIO POSTULACION IMPORTACION DE VEHICULO

(Ley N° 17.238 y su Reglamento)

FOLIO N°	
FECHA INICIO TRÁMITE	
FECHA RECEPCIÓN COMPIN	

IDENTIFICACION SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
CEDULA DE IDENTIDAD		FECHA NACIMIENTO		EDAD	
DOMICILIO		COMUNA			
LABORAL		EDUCACIONAL		REHABILITACIÓN	
CAUSAL DE LA IMPORTACION DE VEHICULO					
N° RESOLUCION DISCAPACIDAD			FECHA RESOLUCIÓN DISCAPACIDAD		
DIAGNOSTICO PRESENTADO POR					
		1 TRAUMATOLOGO 2 FISATRA 3 CIRUJANO 4 OTRO 5 MED. GENERAL			
NOMBRE MEDICO TRATANTE		ESPECIALIDAD		INSTITUCION	
FIRMA Y TIMBRE					

EVALUACION MÉDICA

DIAGNÓSTICO:	SI	NO	ADJUNTA EXAMENES	
ANAMNESIS				

CARACTERISTICAS ESPECIALES DEL VEHICULO :

TIPO: _____

Característica :	SI	NO	Característica:	SI	NO
Cambio automático			Dirección hidráulica		
Acelerador manual			Frenos de poder hidráulico		
Freno manual			Distintivo legal		
Cinturón de Seguridad			Cabezales en los Asientos		
Otros: _____					

DETALLE EXAMENES Y ANTECEDENTES ADJUNTOS

Fotocopia Carné Discapacidad o Resolución Discapacidad	Antecedentes Médicos que acrediten el Estado de Lisiado. Cuales:
Fotocopia Cédula de Identidad	
Fotocopia Licencia Conducir Vigente	
Certificado de Residencia	
Certificado Laboral	
Certificado de Alumno(a) Regular	
Certificado Rehabilitación	



USO EXCLUSIVO COMPIN																													
CONTRALORIA MEDICA																													
/	Fecha Envío				Fecha. Dev. Secretaria																								
Nombre Medico Contralor					Firma Timbre																								
Diagnóstico																													
Por lo anterior el medico (a) contralor (a) declara																													
Igual o superior a 2/3																													
Inferior a 2/3																													
Requiere nuevos exámenes					¿Cuáles?																								
Rechazada																													
DICTAMEN COMISIÓN																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Región</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Fecha Sesión</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">N° Acta</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Resolución N°</td> </tr> </table>																				Región	Fecha Sesión			N° Acta		Resolución N°			
Región	Fecha Sesión			N° Acta		Resolución N°																							
Dictamen																													
De acuerdo a la información reunida y exámenes practicados , pueden establecerse las siguientes conclusiones:																													
Diagnósticos					Códigos																								
Se dictamina que el grado de incapacidad e invalidez es de:					Igual o superior a 2/3																								
					Inferior a 2/3																								
					Se rechaza																								
Por lo tanto se concluye que:																													
Don(a)																													
Comuna		Cédula de Identidad N°																											
REUNE		NO REUNE		el requisito de incapacidad e invalidez para optar a beneficio de:																									

SECRETARIA COMPIN

VºBº MEDICO CONTRALOR

PRESIDENTE DE LA COMISION DE MEDICINA PREVENTIVA E INVALIDEZ