FORMULARIO POSTULACION PENSION ORFANDAD (Antiguo Sistema)

FOLIO Nº	
FECHA INICIO TRÁMITE	
FECHA RECEPCIÓN COMPIN	

IDENTIFICACION CAUSANTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
-			
CEDULA DE IDENTIDAD	FECHA NACIMIENTO	EDAD	ESCOLARIDAD
DOMICILIO			COMUNA

IDENTIFICACION BENEFICIARIO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
-		
CEDULA DE IDENTIDAD	RELACIÓN DE PARENTEZCO	PENSION
DOMICILIO		COMUNA

DIAGNOSTICO PRESENTADO POR

	1 NEUROLOGO 2 PSIQUIATRA 3 CIRUJANO 4 CARDIOLOGO 5 INTERNISTA 6 FISIATRA 7 OTRO		
NOMBRE MEDICO TRATANTE	ESPECIALIDAD	INSTITUCION	FIRMA Y TIMBRE

EVALUACION MÉDICA

DIAGNÓSTICO:	SI		NO	
	ADJUNTA EXAMENES			
Fecha Inicio Invalidez				
	DIA	**MES**	**AÑO**	

ANAMNESIS

DETALLE EXAMENES Y ANTECEDENTES MEDICOS QUE SE ADJUNTAN

CONCLUSION

USO EXCLUSIVO COMPIN			
CONTRALORÍA 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										
Región	Fecha Sesión			Nº Acta	Resolución Nº					
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 Nº						-
	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