

SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD LEY N° 19.284

FECHA RECEPCIÓN COMPIN

N° FOLIO

I. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

Domicilio: Calle N°
 Villa/Pob. Comuna Ciudad
 Región Teléfono

Situación Familiar: Soltero Casado Separado Viudo Conviviente

Sexo: Masculino	<input type="checkbox"/>	Edad (años)	<input type="text"/>
Femenino	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
		Cédula de Identidad	<input type="text"/>

Estudios:

Sin escolaridad	<input type="checkbox"/>	Básica	<input type="checkbox"/>	Media	<input type="checkbox"/>
Técnica Profesional	<input type="checkbox"/>	Universitaria	<input type="checkbox"/>	Educación Especial	<input type="checkbox"/>

Actividad / Ocupación Actual

Trabaja Estudia Dueña (o) de Casa Inactivo

Sistema de Salud

FONASA ISAPRE Otra No tiene
señalar

Entidad Previsional

I.N.P. A.F.P. Otra No tiene
señalar

 Firma o Impresión Digital
 del solicitante o acompañante

SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD
Ley 19.284

II. ANTECEDENTES CLINICOS DISCAPACIDAD

a) NATURALEZA CONGENITA ADQUIRIDA
 RECUPERABLE NO RECUPERABLE
 TRATAMIENTO PREVIO SIN TRATAMIENTO

b) Actividades de la vida diaria:

ACTIVIDAD	INDEPENDIENTE	SEMI INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
Higiene Personal			
Alimentación			
Vestuario			
Traslado			
Actividades del Hogar			
Actividades Tiempo Libre			
Comunicación			

c) TIPO:
 FISICA MENTAL PSIQUIATRICA
 VISUAL AUDITIVA MULTIDEFICIT

d) Diagnóstico:

e) PRONÓSTICO
 DEBE SER REEVALUADO? SI NO
 FRECUENCIA _____

f) IDENTIFICACIÓN DEL MEDICO TRATANTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
------------------	------------------	--------

C.I. _____ INSTITUCION _____
 DIRECCION _____
 REGION _____ TELEFONO _____

FECHA: / / 200

 FIRMA Y TIMBRE DEL MEDICO

INFORME MEDICO COMPLEMENTARIO LEY N° 19.284

Nombre Paciente	
Cédula de Identidad	
Tipo Trámite	Certificación Discapacidad
Fecha Ingreso Solicitud COMPIN	/ /
Diagnósticos	
Dirección	
Comuna	

Profesional que realiza Informe Médico

Nombre	
Especialidad	
Establecimiento	

Anamnesis:

CONCLUSIÓN:

Inferior a 1/3 _____

Superior a 1/3 _____

Tipo de discapacidad	Porcentajes
Física	
Sensorial	
Psíquica o Mental	

DIAGNÓSTICOS	CÓDIGOS

Observaciones o Sugerencias

Firma y Timbre