

Libro III, Título I, Letra D

Anexos

ANEXO N° 1**CITACIÓN****REMITENTE**

Superintendencia de Pensiones

Comisión Médica Región ____

Calle _____ N° _____

Piso _____ Oficina _____

DESTINATARIO

Sr (a). _____

Calle / pasaje _____ N° _____ Block _____

Depto. N° _____ Población/Villa _____

Comuna _____ Ciudad _____

CITACIÓN N°**ANT.:** Solicitud de Calificación (Revaluación) de Invalidez N°**MAT.:** Envía citación.**FECHA:**

Con la finalidad de iniciar el trámite de calificación (revaluación) de su invalidez, requerida por la solicitud del antecedente, agradeceré a usted se sirva concurrir a esta Comisión Médica a la dirección arriba indicada, para lo siguiente:

1. Ser atendido por el Doctor (a) _____, el día _____, de _____, de _____, a las _____ horas.
2. Para retirar Orden de Examen / Orden de Interconsulta Médica, el día _____, de _____, de _____, a las _____ horas.

Indicaciones para realización de exámenes: _____

Para este efecto, deberá traer su Cédula de Identidad y el comprobante de Licencia Médica si procediere.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA _____ REGIÓN

Distribución:

- Archivo Expediente Calificación Invalidez

ANEXO N° 2

ORDEN N°
EXPEDIENTE N°
FECHA

ORDEN EXAMEN MÉDICO INTERCONSULTOR DOMICILIARIO

Vence:

DOCTOR :

ESPECIALIDAD :

PRESENTE

1. Ruego a usted concurrir al domicilio (Centro Hospitalario o Centro Penitenciario) del (la) señor (a), Cédula de Identidad N° _____, dirección _____ (Beneficiario de _____, Cédula de Identidad N° _____), de quien se requiere una evaluación de su especialidad con el fin de proceder al estudio y calificación de su invalidez.
2. Es necesario que usted determine con la mayor precisión la enfermedad, los impedimentos para concurrir a la Administradora o Instituto de Previsión Social y a la Comisión Médica, los tratamientos efectivamente recibidos, respuesta a éstos, fechas de cambios importantes en el curso de la enfermedad, estado actual, terapéuticas actuales y grado de recuperabilidad.

Asimismo, deberá determinar la capacidad funcional, en grados de fuerza, movimiento, dolor, o lo que proceda de acuerdo al órgano, y completar los formularios Anamnesis, Examen Físico y Conclusión adjuntos.

Recuerdo a usted que, debe verificar con la Cédula Nacional de Identidad del interesado la identidad de éste. Puede aceptar exámenes o informes que disponga el afectado si estima que aportan elementos relevantes a la calificación de invalidez, por cuanto se trata de obtener un informe objetivo y veraz. Cualquier requerimiento de mayor información que estime necesario, deberá ser provisto por la Comisión Médica. Además debe pedir que firme o estampe la huella digital en el segundo ejemplar de esta orden, mediante la cual cobrará sus honorarios, luego de ser atendido por usted.

No es necesario que se pronuncie respecto a grados de invalidez.

3. El afiliado deberá pagar por el peritaje un ___% del arancel correspondiente al grupo 1 del régimen de prestaciones de salud de la Ley N° 18.469.

La diferencia de costo deberá ser cobrada en _____ y su boleta remitida a nombre de _____ R.U.T. N° _____

FIRMA/HUELLA DIGITAL AFILIADO/BENEFICIARIO/SOLICITANTE

(Sólo después de haber recibido la prestación)

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA

NOTA: Si como resultado de su evaluación usted presume que la o las patologías invocadas tendrían un origen laboral, sea por un accidente del trabajo o enfermedad profesional de la Ley N° 16.744, deberá señalarlo expresamente.

ANEXO N° 3

ORDEN N°
EXPEDIENTE N°
FECHA

ORDEN DE EXAMEN LABORATORIO O ESPECIALIDAD

Vence:

1. Señores _____ esta Comisión Médica requiere que esa institución realice al (a la) Señor (a) Cédula de identidad N° _____, (Beneficiario de _____ Cédula de Identidad N° _____), los siguientes exámenes:

2. Esta Comisión Médica recuerda a esa entidad que las formalidades que debe cumplir para la realización de exámenes son las siguientes:

- a. Solicitar del interesado la orden de examen que le entregó la Comisión Médica.
- b. Verificar con la Cédula Nacional de Identidad, la identidad de la persona.
- c. No aceptar del interesado exámenes o informes, por cuanto se trata de obtener un informe objetivo y veraz. Cualquier requerimiento de mayor información que estime necesario, deberá ser provista por la Comisión Médica.
- d. Tratándose de placas radiográficas, éstas deberán contener en forma impresa mediante el mismo sistema gráfico utilizado para tomarlas, el nombre, la fecha y el número de la cédula de identidad del interesado.
- e. El resultado del o los exámenes sólo debe ser entregado a personal de la Comisión Médica, adjuntando la presente Orden de Examen. En el reverso de esta Orden deberán quedar las principales conclusiones.

3. El afiliado deberá pagar por la prestación un _____% del arancel correspondiente al grupo 1 del régimen de prestaciones de salud de la Ley N° 18.469.

4. La diferencia de costo será financiada por _____, R.U.T. _____ y deberá cobrarse en _____.

Examen solicitado por: _____

FIRMA/HUELLA DIGITAL AFILIADO/BENEFICIARIO/SOLICITANTE
(Sólo después de haber recibido la prestación)

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA

ANEXO N° 4

ORDEN N°
EXPEDIENTE N°
FECHA

ORDEN EXAMEN MÉDICO INTERCONSULTOR

Vence:

DOCTOR :

ESPECIALIDAD :

PRESENTE

1. Concurrirá a su consulta el (la) señor (a) _____, Cédula de Identidad N° _____ (Beneficiario de _____, Cédula de Identidad N° _____), de quien esta Comisión Médica requiere una evaluación de su especialidad con el fin de proceder al estudio y calificación de su invalidez.
2. Esta Comisión Médica requiere que usted determine con la mayor precisión la enfermedad, los impedimentos, los tratamientos efectivamente recibidos, respuesta a éstos, fechas de cambios importantes en el curso de la enfermedad, estado actual, terapéuticas actuales y grado de recuperabilidad.

Asimismo, deberá determinar la capacidad funcional, en grados de fuerza, movimiento, dolor, o lo que proceda de acuerdo al órgano.

No es necesario que se pronuncie respecto a grados de invalidez.
3. Esta Comisión Médica recuerda a usted que debe verificar con la Cédula Nacional de Identidad del interesado, la identidad de éste y no debe aceptar exámenes o informes, por cuanto se trata de obtener un informe objetivo y veraz. Cualquier requerimiento de mayor información que estime necesario, deberá ser provisto por a esta Comisión.

Además, debe pedirle que firme o estampe la huella digital en la copia mediante la cual cobrará sus honorarios, luego de ser atendido por usted.
4. El afiliado deberá pagar por el peritaje un ___% del arancel correspondiente al grupo 1 del régimen de prestaciones de salud de la Ley N° 18.469, correspondiente a tres consultas médicas.
5. La diferencia de costo deberá cobrarse en _____ y su boleta remitirse a nombre de _____, R.U.T. _____, dirección _____

FIRMA/HUELLA DIGITAL AFILIADO/BENEFICIARIO/SOLICITANTE
(Sólo después de haber recibido la prestación)

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA

NOTA: Si como resultado de su evaluación usted presume que la o las patologías invocadas tendrían un origen laboral, sea por un accidente del trabajo o enfermedad profesional de la Ley N° 16.744, deberá señalarlo expresamente.

1*. Copia Informe Médico.

ANEXO N° 5**AUTORIZACIÓN PARA EXÁMENES
PROCEDIMIENTOS Y HOSPITALIZACIÓN**

FECHA _____

NOMBRE AFILIADO O SOLICITANTE O BENEFICIARIO _____

EXPEDIENTE N° _____

COMISIÓN MÉDICA _____

Autorizo a la Comisión Médica de la Superintendencia de Pensiones para que proceda a efectuar los exámenes, procedimientos y hospitalización necesarios para definir mis impedimentos.

Dejo constancia que se me ha explicado la naturaleza y fines de estas medidas y los riesgos implícitos en todo método diagnóstico.

En consecuencia, eximo de toda responsabilidad a la Comisión Médica por las consecuencias que puedan derivarse de estas medidas.

NOMBRE Y FIRMA AFILIADO/SOLICITANTE/BENEFICIARIO
PARIENTE O APODERADO

ANEXO N° 6**NOTIFICACIÓN**

En virtud de lo establecido en el Artículo 30 del D.S. N° 57, que reglamenta el D.L. N° 3.500, de 1980, se envía copia de dictamen de invalidez, el cual ha quedado ejecutoriado en la fecha que se indica en el ángulo superior derecho del documento.

COMISIÓN MÉDICA REGIONAL

_____, ____ de _____ de _____.

DISTRIBUCIÓN:

- Solicitante
- Entidad Pagadora de Subsidios
- Empleador del Sector Público

ANEXO N° 7**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN****CERTIFICADO**

Certifico que con fecha _____, se presentó ante esta Comisión Médica Regional, la Solicitud de Calificación de Invalidez del solicitante (a) señor (a) _____, cédula nacional de identidad N° _____

El proceso de evaluación y calificación del grado de invalidez del solicitante, se encuentra en trámite normal/trámite de apelación, en conformidad a lo establecido en el D.L. N° 3.500, de 1980.

Se extiende el presente certificado a petición del interesado para ser presentado en la entidad pagadora de subsidios correspondiente (para los fines que estime pertinentes).

_____, ____ de _____ de 20

Dr. _____
PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

ANEXO N° 8

OF. ORD. N°

ANT.:

MAT.:

FECHA:

DE : PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA _____ REGIÓN

A : SEÑOR GERENTE GENERAL ISAPRE

En respuesta al requerimiento de calificación de invalidez efectuado por esa ISAPRE a través de la AFP _____ S.A., respecto del afiliado Sr. _____, adjunto sírvase encontrar el dictamen de invalidez por requerimiento de ISAPRE N° _____, de fecha _____, mediante el cual se declaró la invalidez parcial/total del afiliado, para el objeto exclusivo de lo solicitado.

Sobre el particular, debo hacer presente a usted que el afiliado suscribió en forma simultánea una solicitud de pensión de invalidez, la cual fue aprobada mediante el dictamen de invalidez para trabajador afiliado N° _____, de fecha _____.

En consecuencia, esa ISAPRE no deberá adoptar ninguna medida antes de que el dictamen del trabajador quede ejecutoriado, lo cual será notificado por esta Comisión Médica.

Si la Comisión Médica Central revoca el dictamen de invalidez correspondiente al afiliado, deberá entenderse revocado de pleno derecho el dictamen por requerimiento de ISAPRE.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE
COMISIÓN MÉDICA _____ REGIÓN

Reverso Hoja C-1

DIAGNÓSTICOS	CÓDIGOS	IMPEDIMENTOS		
		PARCIAL	COMBINADO	GLOBAL
	IMPEDIMENTO	GLOBAL	TOTAL	_____ %

MÉDICO INFORMANTE RECOMIENDA:

MÉDICO INFORMANTE

FIRMA

REVISIÓN DEL EXPEDIENTE POR EL PRESIDENTE

FECHA: _____

Se solicita estudiar otros antecedentes:

Expediente terminado para ser visto en Sesión de fecha: _____

FIRMA PRESIDENTE

ANEXO N° 12

COMISIÓN MÉDICA DE
CONVENIOS INTERNACIONALES

_____, _____ de _____ de 20

ACUERDO N° EXPEDIENTE N° SESIÓN N°
--

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	R.U.T.
------------------	------------------	---------	--------

VISTO: El expediente de la solicitud de calificación de invalidez del afiliado ya individualizado y establecido en el Convenio Internacional Chile – Noruega, promulgado por el D.S. N° 242, de 1998, del Ministerio de Relaciones Exteriores (Ejemplo) y en la normativa vigente, esta Comisión Médica,

ACUERDA:

Prorrogar el plazo de diez días para dictaminar, a contar del _____, por plazo indefinido, por lo siguiente:

Se espera la recepción de exámenes y/o informes médicos ya solicitados por esta Comisión al afiliado.

SECRETARIO_____
PRESIDENTE**NOTIFICACIÓN:**

- Interesado
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Compañía de Seguros de Vida
- Archivo

ANEXO N° 13

COMISIÓN MÉDICA DE
CONVENIOS INTERNACIONALESDICTAMEN DE INVALIDEZ TRABAJADOR AFILIADO
CONVENIO INTERNACIONAL CHILE -

Dictamen N° _____ Sesión N° _____ En _____, de _____ de 2 _____

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
R.U.T.	CÉDULA IDENTIDAD N°	GABINETE	
CALLE	N°	DEPTO.	POBLACIÓN O VILLA
COMUNA	CIUDAD	TELÉFONO	
EMPLEADOR	CALLE	N°	CIUDAD
A.F.P.	CALLE	N°	CIUDAD
CÍA. ASEGURADORA DE INVALIDEZ	CALLE	N°	CIUDAD

VISTO: La Solicitud de Pensión de invalidez del afiliado ya individualizado, de fecha _____, conforme al Convenio Internacional Chile - _____, promulgado por el D.S. N° _____, de _____, del Ministerio de Relaciones Exteriores, los antecedentes e informes médicos consignados en el Expediente de Calificación de Invalidez N° _____, y de acuerdo a los Artículos 4° y 11° del D.L. N° 3.500, de 1980.

ESTABLECE:

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGOS

MENOSCABO DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO: _____

CONSIDERANDO: _____

POR LO TANTO ACUERDA: _____

DEVENGAMIENTO DE LA PENSIÓN: La invalidez para efectos del goce de la pensión, se establece que ésta se devenga a contar del _____

OBSERVACIONES : _____

SECRETARIO MÉDICO

PRESIDENTE

NOTIFICACIÓN:

- Afiliado
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Compañía de Seguros de Vida
- Superintendencia de Pensiones.
- Archivo

NOTA: El presente dictamen es reclamable por el afiliado afectado y la Compañía de Seguros ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El reclamo deberá presentarse por escrito en esta Comisión Médica de Convenios Internacionales, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación, la que se entiende efectuada al tercer día de la certificación del despacho por correo.

En caso de no presentarse reclamo en contra de este dictamen o, habiéndose presentado, es resuelto por la Comisión Médica Central, quedará ejecutoriado, se notificará a las partes y producirá sus efectos legales.

ANEXO N° 14

COMISIÓN MÉDICA DE
CONVENIOS INTERNACIONALESDICTAMEN DE INVALIDEZ
BENEFICIARIO DE PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA
CONVENIO INTERNACIONAL CHILE -

Dictamen N° _____ Sesión N° _____ En _____, de _____ de 2 _____

IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIO DE PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA CÓNYUGE VARÓN / HIJO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
R.U.T.	CÉDULA IDENTIDAD N°	GABINETE
CALLE	N° DEPTO.	POBLACIÓN O VILLA
COMUNA	CIUDAD	TELÉFONO

IDENTIFICACIÓN TRABAJADOR AFILIADO FALLECIDO O PENSIONADO INVALIDEZ - VEJEZ

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
A.F.P.	CALLE N°	CIUDAD
CÍA. ASEGURADORA DE INVALIDEZ	CALLE N°	CIUDAD

FECHA DE FALLECIMIENTO: _____

VISTOS: Los antecedentes e informes médicos, la Comisión, de acuerdo con el Convenio Internacional Chile - _____, promulgado por el D.S. N° _____, de _____, del Ministerio de Relaciones Exteriores, y los Artículos 4°, 8° y 11° del D.L. N° 3.500, dictamina lo siguiente:

ESTABLECE:

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGOS

La Comisión Médica estima que esta persona ha perdido _____ % de su capacidad de trabajo.

POR LO TANTO ACUERDA: ACEPTAR INVALIDEZ PARCIAL / TOTAL A CONTAR DE _____ DE 20 _____
RECHAZAR INVALIDEZ

OBSERVACIONES: _____

SECRETARIO MÉDICO

PRESIDENTE

NOTIFICACIÓN

- Beneficiario
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Compañía de Seguros de Vida
- Superintendencia de Pensiones
- Archivo

NOTA: El presente dictamen es reclamable por el beneficiario afectado y la Compañía de Seguros ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El reclamo deberá presentarse por escrito en esta Comisión Médica de Convenios Internacionales, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación, la que se entiende efectuada al tercer día de la certificación del despacho por correo.

En caso de no presentarse reclamo en contra del este dictamen o, que habiéndose presentado, es resuelto por la Comisión Médica Central, quedará ejecutoriado, se notificará a las partes y producirá sus efectos legales.

ANEXO N° 15

COMISIÓN MÉDICA DE
CONVENIOS INTERNACIONALESDICTAMEN DE REVALUACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ TRABAJADOR AFILIADO
CONVENIO INTERNACIONAL CHILE - _____

Dictamen N° _____ Sesión N° _____ En _____, de _____ de 2 _____

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
R.U.T.	CÉDULA IDENTIDAD N°	GABINETE	
CALLE	N°	DEPTO.	POBLACIÓN O VILLA
COMUNA	CIUDAD	TELÉFONO	
EMPLEADOR	CALLE	N°	CIUDAD
A.F.P.	CALLE	N°	CIUDAD
CÍA. ASEGURADORA DE INVALIDEZ	CALLE	N°	CIUDAD

VISTOS: La solicitud de revaluación del afiliado ya individualizado, de fecha _____, conforme al Convenio Internacional Chile - _____, promulgado por el D.S. N° _____, de _____, del Ministerio de Relaciones Exteriores, los antecedentes e informes médicos consignados en el Expediente de Calificación de Invalidez N° _____, de acuerdo a los Artículos 4º y 11º del D.L. N° 3.500, de 1980.

ESTABLECE:

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGOS

MENOSCABO DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO: _____

CONSIDERANDO: _____

POR LO TANTO ACUERDA: ACEPTAR INVALIDEZ DEFINITIVA PARCIAL / TOTAL
 RECHAZAR INVALIDEZ

OBSERVACIONES: _____

SECRETARIO MÉDICO

PRESIDENTE

NOTIFICACIÓN:

- Afiliado
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Compañía de Seguros de Vida
- Superintendencia de Pensiones.
- Archivo

NOTA: El presente dictamen es reclamable por el afiliado y la Compañía de Seguros ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. El reclamo deberá presentarse por escrito en esta Comisión Médica de Convenios Internacionales, dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde su notificación, la que se entiende efectuada al tercer día de la certificación del despacho por correo.

En caso de no presentarse reclamo en contra de este dictamen o que habiéndose presentado es resuelto por la Comisión Médica Central, quedará ejecutoriado, se notificará a las partes y producirá sus efectos legales.

ANEXO N° 16**COMISIÓN MÉDICA DE
CONVENIOS INTERNACIONALES**

OF. ORD. N°

ANT.:

MAT.: Notifica dictamen
ejecutoriado.

FECHA:

DE : PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA DE CONVENIOS INTERNACIONALES

A : SUPERINTENDENTE DE PENSIONES

Esta Comisión Médica notifica a usted que con fecha....., ha quedado ejecutoriado el Dictamen de Invalidez/ Revaluación N°, de fecha....., correspondiente al Afiliado/Beneficiario, R.U.T. N°....., cuya fotocopia se adjunta.

Saluda atentamente a usted,

**PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA DE
CONVENIOS INTERNACIONALES****DISTRIBUCIÓN:**

- Afiliado
- Superintendencia de Pensiones
- Archivo

ANEXO N° 17**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN**

OF. ORD. N°

ANT.: Expediente N°

MAT.: Solicita evaluación de invalidez laboral, conforme a la Ley N° 16.744, en caso que se indica.

FECHA,

DE : PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA DE LA REGIÓN

A : (INSTITUCIÓN QUE CORRESPONDA)

El Sr. (a) _____, ha presentado su solicitud de Pensión de Invalidez ante esta Comisión Médica.

En atención a que de acuerdo a los antecedentes recabados y la declaración del propio afectado, la (s) afección (es) invalidante (s) que presenta el solicitante es (son) presumiblemente de origen laboral y siendo esta Comisión Médica incompetente para calificar este tipo de afección (es), solicita a esa institución pronunciarse acerca del origen de tales afecciones y en el evento que sean de naturaleza laboral y permanentes, evaluar el grado de pérdida de la capacidad de ganancia del afiliado antes individualizado.

Para el efecto, adjunto sírvase encontrar copia de los siguiente exámenes/evaluaciones médicas practicadas.

Esta Comisión Médica agradecerá su oportuna respuesta para resolver el trámite iniciado en la A.F.P. _____ y determinar si al afectado le asiste algún beneficio por el D.L. N° 3.500, de 1980.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN:

- (Institución que corresponda)
- Arch. Comisión Médica

ANEXO N° 18**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN**

OF. ORD. N°

ANT.: Expediente N°

MAT.: Solicita reevaluación de invalidez de origen laboral, de acuerdo con la Ley N° 16.744, en caso que se indica.

FECHA,

DE : PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA DE LA REGIÓN

A : (INSTITUCIÓN QUE CORRESPONDA)

El Sr. (a) _____, ha presentado su solicitud de Pensión de Invalidez ante esta Comisión Médica.

En atención a que el solicitante registra una evaluación de su entidad, que le otorgó un ___% de pérdida de la capacidad de ganancia de origen laboral, con fecha _____, esta Comisión Médica solicita a ese Organismo reevaluar la incapacidad laboral del afectado, por cuanto esta Comisión carece de competencia para calificar este tipo de afecciones.

Esta Comisión agradecerá su oportuna respuesta para resolver sobre el trámite iniciado ante la A.F.P. _____ y determinar si al afectado le asiste algún beneficio por el D.L. N° 3.500, de 1980.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

Adj.: Fotocopia de antecedente

DISTRIBUCIÓN:

- (Institución que corresponda)
- Arch. Comisión Médica

ANEXO N° 19

**MODIFICACIONES AL ARTÍCULO 19, DEL D.S. N° 109 DE 1968
ENFERMEDADES PROFESIONALES**

Incorporación de enfermedades profesionales y/o agentes específicos asociados

ENFERMEDADES (artículo 19)	INCORPORACIONES Y ADECUACIONES
<i>Intoxicaciones</i>	Se incorporan los agentes químicos número 17) Alquitrán y petróleo, sus similares y derivados, y número 18) Plásticos y sus materias primas. (número 1, artículo 19)
<i>Carcinomas y lesiones precancerosas de la piel.</i>	Se reemplaza el término "Carcinomas" por "Cánceres", para no hacer referencia a la variedad histológica de la neoplasia. (número 3, artículo 19)
<i>Cáncer pulmonar y de las vías respiratorias.</i>	Se incorpora el Asbesto como agente específico causante de esta enfermedad, debido a su reconocido efecto cancerígeno. (número 7, artículo 19)
<i>Leucemia y aplasia medular.</i>	<i>Se agrega "otros trastornos hematológicos de origen profesional", manteniéndose los agentes específicos productores de estas enfermedades.</i> (número 9, artículo 19)
<i>Lesiones del sistema nervioso central y periférico: "encefalitis, mielitis y neuritis".</i>	Se incluye la "polineuritis", la cual se encontraba señalada en los artículos 23 y 24 del D.S. N°109. Se incorpora el agente físico número 23) Movimiento, vibración, fricción y compresión continuos, de manera de formalizar la incorporación de las lesiones compresivas de los nervios periféricos, entidades reconocidas como enfermedades profesionales en los trabajadores expuestos al riesgo. (número 10, artículo 19)
<i>Lesiones de los órganos del movimiento.</i>	Se incorpora la artrosis secundaria de rodilla, reconocida enfermedad profesional en los mineros del carbón (circular 3G/40 del Minsal), y se eliminan los calambres por corresponder a un síntoma y no a una enfermedad. (número 12, artículo 19)

<i>Neurosis profesionales incapacitantes.</i>	Se ejemplifican algunas patologías que engloban este término, las que han sido reconocidas como enfermedades profesionales, de esta forma se incorpora la frase "que pueden adquirir distinta forma de presentación clínica, tales como: trastorno de adaptación, trastorno de ansiedad, depresión reactiva, trastorno por somatización y dolor crónico." (número 13, artículo 19)
<i>Laringitis profesional con afonía.</i>	Se adecua la laringitis profesional con afonía por laringitis profesional con disfonía, con la finalidad de ampliar el término de esta reconocida enfermedad profesional (número 14, artículo 19) y se agrega "nódulos laríngeos", para todos los trabajos que expongan al riesgo y se compruebe relación de causa efecto con el trabajo. (número 14, artículo 19)
<i>Enfermedades infecto contagiosas y parasitarias.</i>	En concordancia con la incorporación de agentes infecciosos en el artículo 18 del D.S. N° 109, se incorpora la infección por virus de la Inmunodeficiencia humana, la hepatitis B, la hepatitis C, infección por hantavirus y la Fiebre Q. (número 15, artículo 19)
<i>Enfermedades generalizadas por acción de agentes biológicos: picadura de insectos (abejas, arañas, escorpiones)</i>	Se reemplaza "picadura de insectos" por "mordedura o picadura de arácnidos o insectos". (número 16, artículo 19)
<i>Se incorpora el angiosarcoma hepático.</i>	Asociado a la exposición laboral del agente cloruro de vinilo. (número 19, artículo 19)
<i>Se incorpora la "Enfermedad por exposición aguda o crónica a altura geográfica. Enfermedad por descompresión inadecuada".</i>	El agente físico "Aumentos o disminución de la presión atmosférica" se encontraba incluido en la lista de agentes específicos que entrañan el riesgo de enfermedad profesional. (número 20, artículo 19)

Fuente: Circular N° 2283, del 10 de marzo de 2006, de la Superintendencia de Seguridad Social.

ANEXO N° 20**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN**

N° EXPEDIENTE:

FECHA: _____

**RECLAMO ANTE LA COMISIÓN MÉDICA CENTRAL
DE LA SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES**

1. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL RECLAMANTE

2. R.U.T. _____

3. DOMICILIO _____

4. N° DICTAMEN _____

5. COMISIÓN MÉDICA DE LA REGIÓN _____

Con esta fecha, el (la) suscrito (a) arriba individualizado (a), interpone ante la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones, reclamo por el dictamen señalado, por la(s) causa(s) que expone a continuación:

**TIMBRE Y FECHA
RECEPCIÓN C.M.R.**

FIRMA DEL RECLAMANTE

ANEXO N° 21**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN**

ORD.: N°

MAT.: Notifica interposición de reclamo en
contra de dictamen de invalidez.

ADJ.: Lo indicado.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : SEÑOR

Esta Comisión Médica Regional notifica a usted que con fecha....., ha recibido el reclamo interpuesto por, en contra del Dictamen N°....., de fecha, mediante el cual esta Comisión APROBÓ – RECHAZÓ la invalidez del Sr. (a)....., el cual será remitido a la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones, para su resolución.

Del mismo modo, esta Comisión Médica cumple con informar que usted puede formular por escrito las alegaciones que estime pertinentes, respecto del referido reclamo, cuya copia encontrara adjunto, dentro del plazo de 5 días hábiles contado desde la notificación del presente oficio.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN

- Solicitante
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Instituto de Previsión Social
- Compañía de Seguros de Vida
- Archivo

ANEXO N° 22**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN**

ORD.: N°

MAT.: Notifica interposición de reclamo en contra de dictamen de invalidez.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : GERENTE GENERAL ISAPRE

Esta Comisión Médica Regional notifica a esa Institución de Salud Previsional que con fecha....., ha recibido el reclamo interpuesto por, en contra del Dictamen por Requerimiento de ISAPRE N°....., de fecha, y del dictamen de trabajador afiliado N°....., de fecha....., mediante el (los) cual (es) esta Comisión APROBÓ–RECHAZÓ la invalidez del trabajador afiliado Sr. (a).....

El citado reclamo será remitido a la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones, para su resolución.

En consecuencia, es necesario que esa Institución de Salud no adopte ninguna medida hasta que el (los) dictamen (dictámenes) de invalidez se entienda (n) ejecutoriado (s), circunstancia que será notificada oportunamente.

Saluda atentamente a usted,

 PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN

-Sr. Gerente General ISAPRE
-Archivo C.M.R.

ANEXO N° 23**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN**

ORD.: N°

MAT.: Remite reclamo en contra de dictamen de invalidez que indica.

ADJ.: Lo indicado.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA CENTRAL

Adjunto sírvase encontrar reclamo interpuesto por, N° de Ingreso....., de fecha, en contra del dictamen N°....., de fecha, de esta Comisión Médica Regional, correspondiente al afiliado/solicitante don (ña).....

El citado dictamen fue notificado al afiliado o solicitante o, a la Administradora de Fondos de Pensiones, Instituto de Previsión Social, Compañía Aseguradora de Invalidez, según corresponda, mediante guía de despacho N°....., ingresada en el Servicio de Correos y Telégrafos con fecha.....

En consecuencia, para resolución de esa Comisión Médica Central, adjunto sírvase encontrar el (los) expediente (s) de calificación de invalidez anteriores y documentación original que sustenta el expediente electrónico.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN

-Sr. Presidente Comisión Médica Central
-Archivo C.M.R.

ANEXO N° 24**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN**

ORD.: N°

MAT.: Notifica interposición de reclamo en contra de dictamen de invalidez de Comisión Médica Central Ampliada.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : SEÑOR

Esta Comisión Médica Regional notifica a usted que con fecha....., ha recibido el reclamo interpuesto por, en contra del dictamen N° C.M.C.A....., de fecha, mediante el cual la Comisión Médica Central Ampliada de la Superintendencia de Pensiones, dictaminó que la invalidez declarada a favor del trabajador afiliado Sr. (a)....., PROVIENE – NO PROVIENE de accidente del trabajo o enfermedad profesional.

El citado reclamo será remitido a la Superintendencia de Seguridad Social, para su resolución.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN

- Afiliado
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Compañía de Seguros de Vida
- Organismo Ley N° 16.744
- Archivo C.M.R.

ANEXO N° 25**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN**

ORD.: N°

MAT.: Remite reclamo en contra de dictamen de invalidez de la Comisión Médica Central Ampliada.

ADJ.: Lo indicado.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : SUPERINTENDENTE DE SEGURIDAD SOCIAL

Adjunto sírvase encontrar reclamo interpuesto por, N° de Ingreso....., de fecha, en contra del dictamen N° C.M.C.A....., de fecha, mediante el cual la Comisión Médica Central Ampliada de la Superintendencia de Pensiones, dictaminó que la invalidez declarada a favor del afiliado don (ña)....., PROVIENE – NO PROVIENE de accidente del trabajo o enfermedad profesional.

El citado dictamen fue notificado al afiliado, a la Administradora de Fondos de Pensiones, Compañía de Seguros y al Organismo de la Ley N° 16.744....., según guía de despacho N°....., ingresada en el Servicio de Correos y Telégrafos con fecha.....

En consecuencia, para resolución de esa Superintendencia, adjunto sírvase encontrar fotocopia del (los) expediente (s) de calificación de invalidez.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN

-Sr. Superintendente de Seguridad Social

-Archivo C.M.R.

ANEXO N° 26**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN**

ORD.: N°

ANT.: Oficio Ordinario N°....., de fecha....., de Superintendencia de Seguridad Social.

MAT.: Notifica pronunciamiento de Superintendencia de Seguridad Social.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : SEÑOR

En relación al reclamo interpuesto por....., en contra del dictamen N° C.M.C.A....., de fecha, de la Comisión Médica Central Ampliada de la Superintendencia de Pensiones, correspondiente al trabajador afiliado Sr. (a), esta Comisión Médica informa a usted que la Superintendencia de Seguridad Social por Oficio Ordinario N°, de fecha....., ha resuelto que la invalidez declarada a favor del afiliado individualizado PROVIENE – NO PROVIENE de accidente del trabajo o enfermedad profesional.

En consecuencia, el pronunciamiento de la referida Superintendencia ha CONFIRMADO – REVOCADO el dictamen N° C.M.C.A., de fecha....., de la Comisión Médica Central Ampliada.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN

- Afiliado
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Compañía de Seguros de Vida
- Organismo Ley N° 16.744
- Archivo C.M.R.

ANEXO N° 27**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN**

DE LA SESIÓN N°.....

FECHA.....

RECURSOS DE REPOSICIÓN ADMINISTRATIVOS

El señor Presidente de la Comisión Médica Regional informa del recurso de reposición administrativo, N° de expediente....., interpuesto por ISAPRE....., en contra del dictamen por requerimiento de ISAPRE N°....., de fecha....., mediante el cual la Comisión Médica Regional declaró INVÁLIDO – NO INVÁLIDO, al trabajador afiliado don (doña), cédula nacional de identidad N°, para efectos exclusivos de lo solicitado; y.

CONSIDERANDO: Que, de acuerdo a la fecha de certificación del despacho por correo del dictamen recurrido ésta corresponde al día....., de, de y que, en conformidad con lo dispuesto en el inciso final del Artículo 30, del D.S. N° 57 de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que contiene el Reglamento del D.L. N° 3.500, de 1980, deberá entenderse efectuada la notificación del Dictamen al tercer día de su despacho por correo; Que esta Comisión Médica recibió el recurso de reposición administrativo de ISAPRE, el día.....de.....de.....; y Que, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 59 de la Ley N° 19.880, el recurso de reposición administrativo debe ser interpuesto dentro del plazo de cinco días hábiles contado desde la fecha de notificación del acto que se impugna, en la especie el dictamen de Invalidez antes singularizado;

POR LO TANTO ACUERDA: Rechazar el recurso de reposición administrativo presentado en contra del dictamen de invalidez por requerimiento de ISAPRE N°....., de fecha, de esta Comisión Médica Regional, por haber sido interpuesto fuera de plazo.

PRESIDENTE

SECRETARIO

ANEXO N° 28**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN**

ORD.: N°

ANT.: Recurso de reposición administrativo interpuesto por esa ISAPRE.

MAT.: Notifica acuerdo adoptado en sesión.

ADJ.: Lo indicado.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : GERENTE GENERAL ISAPRE

En relación al recurso de reposición administrativo interpuesto por esa Institución de Salud Provisional en contra del dictamen por requerimiento de ISAPRE N°, de fecha....., de esta Comisión Médica Regional, correspondiente al trabajador afiliado don (doña)....., adjunto sírvase encontrar copia del acuerdo adoptado en sesión N°....., de fecha, mediante el cual esta Comisión Médica Regional acordó rechazar el citado recurso por haber sido interpuesto fuera de plazo.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN

- Sr. Gerente General ISAPRE
- Afiliado
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Archivo C.M.R.

ANEXO N° 29**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN**

ORD.: N°

MAT.: Notifica interposición de recurso de reposición administrativo en contra de dictamen de invalidez por requerimiento de ISAPRE.

ADJ.: Lo indicado.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : SEÑOR

Esta Comisión Médica Regional notifica a usted que con fecha....., ha recibido el recurso de reposición administrativo interpuesto por ISAPRE....., en contra del dictamen por requerimiento de ISAPRE N°....., de fecha, mediante el cual esta Comisión declaró INVÁLIDO – NO INVÁLIDO al trabajador afiliado Sr. (a)

Del mismo modo, esta Comisión Médica cumple con informar que usted puede formular por escrito las alegaciones que estime pertinentes, respecto del referido recurso, cuya copia encontrara adjunto, dentro del plazo de 5 días hábiles contado desde la notificación del presente oficio.

Saluda atentamente a usted,

 PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

 XXX/xxx
 DISTRIBUCIÓN

 -Afiliado
 -Administradora de Fondos de Pensiones
 -Archivo CMR

ANEXO N° 30**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN****DICTAMEN DE INVALIDEZ POR REQUERIMIENTO DE ISAPRE
RECURSO DE REPOSICIÓN ADMINISTRATIVO**

Dictamen N° _____ Sesión N° _____ En _____, de _____ de 2 _____

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR AFILIADO:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
R.U.T.	CÉDULA IDENTIDAD N°	GABINETE
CALLE	N° DEPTO.	POBLACIÓN O VILLA
COMUNA	CIUDAD	TELÉFONO
EMPLEADOR	CALLE N°	CIUDAD
A.F.P.	CALLE N°	CIUDAD
CIA. ASEGURADORA DE INVALIDEZ	CALLE N°	CIUDAD
ENTIDAD PAGADORA DE SUBSIDIOS	CALLE N°	CIUDAD

VISTO: El recurso de reposición administrativo interpuesto por ISAPRE _____, de fecha _____, en contra del Dictamen por Requerimiento de ISAPRE N° _____, de fecha _____, mediante el cual esta Comisión Médica Regional declaró INVÁLIDO – NO INVÁLIDO al trabajador afiliado arriba individualizado; los antecedentes, exámenes e informes médicos contenidos en el Expediente de Calificación de Invalidez N° _____;

ESTABLECE:

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGOS

INCAPACIDAD LABORAL

La Comisión Médica de acuerdo con el artículo 11º del D.L. N° 3.500, de 1980, dictamina lo siguiente:

OBSERVACIONES: _____

SECRETARIO MÉDICO

PRESIDENTE

NOTIFICACIÓN:

- Afiliado
- ISAPRE
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Superintendencia de Pensiones.
- Archivo

ANEXO N° 31**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN****NOTIFICACIÓN**

En virtud de lo establecido en el Artículo 30 del D.S. N° 57, de 1990, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que reglamenta el D.L. N° 3.500, de 1980, se envía copia de dictamen de invalidez, el cual ha quedado ejecutoriado en la fecha que indica en el ángulo superior derecho del documento.

COMISIÓN MÉDICA REGIONAL

.....,dede

DISTRIBUCIÓN

- Afiliado
- ISAPRE
- A.F.P.

ANEXO N° 32**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN**

ORD.: N°

MAT.: Remite recurso de reposición administrativo interpuesto en contra de resolución que indica.

ADJ.: Lo indicado.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA CENTRAL

Esta Comisión Médica Regional ha recibido el Recurso de Reposición Administrativo interpuesto por, N° de Ingreso....., de fecha, en contra de la Resolución N° C.M.C....., de fecha, de esa Comisión Médica Central, correspondiente al afiliado / solicitante don (ña)

La citada resolución fue notificada al afiliado / solicitante, a la Administradora de Fondos de Pensiones, Instituto de Previsión Social, Compañía Aseguradora de Invalidez, según Guía de Despacho N°....., ingresada en el Servicio de Correos con fecha.....

En consecuencia, para resolución de esa Comisión Médica Central, adjunto sírvase encontrar el recurso antes referido; el (los) expediente (s) de calificación de invalidez respectivo (s); y copia de la Guía de Despacho por Correos de la resolución recurrida.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

 XXX/xxx
 DISTRIBUCIÓN

 -Sr. Presidente Comisión Médica Central
 -Archivo C.M.R.

ANEXO N° 33**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN**

ORD.: N°

MAT.: Notifica interposición de recurso de reposición administrativo en contra de resolución de la Comisión Médica Central. suspensión de los efectos de la resolución recurrida.

ADJ.: Lo indicado.

Fecha:

DE : PRESIDENTE DE COMISIÓN MÉDICA

A : SEÑOR

Esta Comisión Médica Regional notifica a usted que con fecha....., ha recibido el recurso de reposición administrativo interpuesto por, en contra de la resolución N° C.M.C. N°....., de fecha, mediante la cual la Comisión Médica Central resolvió APROBAR – RECHAZAR la invalidez del trabajador afiliado /solicitante Sr. (a)....., el cual será remitido a la referida Comisión Central de la Superintendencia de Pensiones, para su resolución.

Del mismo modo, esta Comisión Médica cumple con informar que usted puede formular por escrito las alegaciones que estime pertinentes, respecto del referido recurso, cuya copia encontrara adjunto, dentro del plazo de 5 días hábiles contado desde la notificación del presente oficio.

Por último, es necesario hacer presente a usted que la interposición del recurso de reposición administrativo *SUSPENDERÁ LOS EFECTOS DE LA RESOLUCIÓN RECURRIDA*, hasta la notificación de la Resolución definitiva de la Comisión Médica Central, en consecuencia, el proceso de calificación de invalidez del afiliado/solicitante antes individualizado se encuentra pendiente.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN

- Afiliado/solicitante
- Administradora de Fondos de Pensiones
- Instituto de Previsión Social
- Compañía de Seguros de Vida
- Archivo CMR

ANEXO N° 34**COMISIÓN MÉDICA REGIÓN**

OF. ORD. N°

ANT.: Expediente N°

MAT.: Solicita información
previsional de afiliado que
individualiza.

FECHA,

DE : PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA DE LA REGIÓN

A :

El Sr. (a) _____, ha presentado su solicitud de pensión de invalidez ante esta Comisión Médica.

En atención a que de acuerdo a los antecedentes recabados y la declaración del propio afectado, tendría la calidad de pensionado por invalidez común en ese régimen previsional, esta Comisión agradecerá a ese Servicio tenga a bien informar si efectivamente el (la) Sr. (a) se encuentra en goce de pensión de invalidez común, el grado de ésta, como también las patologías o afecciones en virtud de las cuales se constituyó el citado beneficio a favor del (de la) afiliado (a), acompañando en lo posible copia de la Resolución del Organismo competente que declaró la invalidez.

Esta Comisión Médica agradecerá su oportuna respuesta para resolver el trámite iniciado en la A.F.P. _____ y determinar el beneficio que en su caso corresponda otorgar por el D.L. N° 3.500, de 1980.

Saluda atentamente a usted,

PRESIDENTE COMISIÓN MÉDICA REGIÓN

XXX/xxx

DISTRIBUCIÓN:

-

- Arch. Comisión Médica"

Nota de actualización: Los anexos 1 al 34 fueron agregados por la Norma de Carácter General N° 86, de fecha 27 de junio de 2013.