

SEGURO SOCIAL	CONVENIO DE SEGURO SOCIAL ENTRE FRANCIA Y CHILE	FORMULARIO SE 417-06 F
---------------	--	---------------------------

SOLICITUD DE PENSION DE INVALIDEZ
(Artículos 15, 16 y 20 del Convenio - Artículos 5, 6, 7 y 8
del Acuerdo Administrativo)

1. INSTITUCION DESTINATARIA

1.1 Nombre:
1.2 Dirección:

2. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO

2.1 Apellidos de soltero (a).....	Nombres:
2.2 Nombre del padre	Nombre de la madre
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Nacionalidad:	
(Ciudad - País)	
2.3 ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a	
☐ Divorciado/a (desde)	
☐ Separado/a (desde)	
2.4 Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
2.5 Dirección:	
.....	
2.6 Número de inscripción en Francia.....	

3. Fecha de presentación de la solicitud
Fecha de cese de la actividad

4. ANTECEDENTES SOBRE EMPLEOS EN EL OTRO PAIS

Empleador o tipo de actividad	Dirección	Período	Profesión
4.1			
4.2			
4.3			
4.4			
4.5			
4.6 Documentos adjuntos:			
[] Formulario SE 417-02			
[] Formulario SE 417-07			
[] Otros documentos			
.....			
.....			
4.7 Observaciones:			

5. INSTITUCION DEL PAIS DE RESIDENCIA

5.1 Nombre:	
5.2 Dirección:	
5.3 Timbre	5.4 Fecha:
5.5 Firma	

Instrucciones

El formulario deberá completarse con letra de imprenta, utilizando sólo las líneas punteadas.

Este formulario deberá ser extendido por la institución del lugar de residencia del solicitante y remitido a la institución del país de afiliación, acompañado de todos los documentos acreditativos, especialmente de aquéllos de origen médico.

SEGURIDAD SOCIAL	CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE FRANCIA Y CHILE	FORMULARIO SE 417-07
------------------	---	-------------------------

INFORME MEDICO

(Artículo 19 del Convenio - Artículo 8
del Acuerdo Administrativo)

Número de inscripción en Francia.....

Cédula Nacional de Identidad o R.U.T. en Chile.....

1.1 INSTITUCION DESTINATARIA

1.1.1 Nombre:
1.1.2 Dirección:
1.1.3 Referencia:

1.2 PERSONA EXAMINADA

1.2.1 Apellido de soltero.(a).....
1.2.2 Nombres
Apellido de soltera
Lugar de nacimiento
(Ciudad - País)
1.2.3 Fecha de nacimiento
Sexo Nacionalidad
1.2.4 Dirección
.....
1.2.5 Última profesión ejercida.....
1.2.6 [] Número de inscripción
1.2.7 [] Número de pensión
1.2.8 [] Número de expediente
1.2.9 Fecha de presentación de la solicitud de pensión.....
1.2.10 Fecha de presentación de la solicitud relativa a
agravamiento

1.3 INFORME MEDICO

1.3.1 Apellidos Nombres

1.3.2 Dirección

.....

1.3.3 Médico tratante

1.4 INSTITUCION QUE SOLICITA EL EXAMEN

1.4.1 Denominación

1.4.2 Dirección

.....

1.4.3 Número de referencia del expediente

1.4.4 Timbre

1.4.5 Fecha

1.4.6 Firma

- 2.1. Opinión fundada del examen practicado Fecha
- 2.2. Opinión fundada sobre el informe médico Fecha

3. ANTECEDENTES

3.1. Antecedentes médicos:

.....

.....

.....

3.1.2. Evolución cronológica de la patología:

.....

.....

.....

3.1.3. Factores agravantes de la patología:

.....

.....

.....

3.1.4. Tratamiento médico o quirúrgico recibidos y en que fechas:

.....

.....

.....

3.2. Principales afecciones:

.....

.....

.....

3.2.1. Estado en el que se encuentra el paciente por:

.....

.....

.....

3.3. Tratamiento en curso:

.....

.....

3.3.1 Resultados de los tratamientos seguidos:

.....

.....

.....

3.3.2 Pronóstico de la patología:

.....

.....

.....

3.4 Antecedentes socio-profesionales:

.....

.....

.....

3.4.1 El asegurado o asegurada ejerce actualmente una actividad profesional?

..... Si No Cantidad de horas

Tipo de actividad

.....

3.4.2 Accidentes del trabajo/Enfermedades profesionales

.....

3.4.3 Tipo de actividad

.....

3.4.4 Incapacidad de trabajo desde el

Cese en el trabajo el

3.4.5 Origen de la enfermedad:

Accidente del trabajo Fecha

Accidente no profesional Fecha

Enfermedad común

Enfermedad profesional

Agentes de exposición

Tiempo de exposición

3.4.6: Antecedentes médicos:

Patologías anteriores no relacionadas con la patología invalidante:

.....

.....

.....

Hábitos:

Tabaco Alcohol Drogas

Dependencias:

Tabaco Alcohol Drogas

4. EXAMEN CLINICO

4.1 Estado general:

Estatura cm Peso kg

Estado nutricional: [] Bueno [] Pletórico

[] Deficitario

Mucosas

Tegumentos

Estado mental, humor

Observaciones.....

.....

.....

.....

4.2 Cabeza

4.2.1 Agudeza visual

4.2.2 Agudeza auditiva

4.2.3 Otras funciones sensoriales.....

.....

.....

.....

4.4 Aparato respiratorio

.....

.....

.....

4.5	Aparato cardiovascular
4.5.1	Corazón
4.5.2	Pulso
4.5.3	Presión arterial (en reposo).....
4.5.4	Presión arterial (segunda medición)
4.5.5	Vascularización periférica.....
4.5.6	Edemas
4.5.7	Electrocardiograma (en reposo)
4.6	Abdomen
4.6.1	Aparato digestivo y vísceras intraabdominales
	
	
	
4.6.2	Hígado
4.6.3	Bazo
4.6.4	Sistema endocrino
4.7	Aparato genitourinario
	
	
4.8	Aparato locomotor
	
	
	
4.8.1	Columna vertebral
	
	
	
4.8.2	Extremidades superiores
	
	
	
4.8.3	Extremidades inferiores
	
	
	

4.9 Adenopatías
.....
.....
.....
.....

4.10 Examen neurológico.....

Movimientos (fuerza y tono muscular):

☐ Normales ☐ Rápidos ☐ Lentos ☐ Deficitarios

Marcha:

☐ Normal ☐ Dificultad al lado derecho ☐ Dificultad al lado izquierdo

Reflejos:

4.10.1 Se mantiene: Derecho ☐ Sentado ☐ Postrado ☐

4.10.2 Sensibilidad: Normal ☐ Parestésica ☐

Disestésica ☐ Anestésica ☐

Territorio:

4.11 Síntomatología neurovegetativa:

4.12 Otros antecedentes (alergias, etc.):

5

EXPLORACIONES FUNCIONALES Y OTRAS INVESTIGACIONES

5.1

Exploración de la función respiratoria:

.....

.....

.....

.....

5.2

Función cardíaca /ECG de esfuerzo:

.....

.....

.....

.....

5.3

Doppler arterial y venoso:

.....

.....

.....

.....

5.4

Imagenciología (sírvase indicar la fecha
correspondiente):

.....

.....

.....

.....

5.4.1

Exámenes radiológicos practicados con esta fecha:

.....

.....

.....

.....

5.4.2 Exámenes radiológicos anteriores o efectuados en otro establecimiento:

.....

.....

.....

.....

5.4.3 Ecografía (abdominal, etc.)

.....

.....

.....

.....

5.4.4 Resonancia magnética y otros exámenes:

.....

.....

.....

.....

5.5 Exámenes de laboratorio:

.....

.....

.....

.....

5.6 Otros exámenes:

.....

.....

.....

.....

6. Interconsultar, si fuere necesario, una nota para consignar los resultados de los exámenes complementarios:

6.1 Informes y evaluaciones de otros médicos especialistas y/o tratantes proporcionados por el solicitante:

.....

.....

.....

.....

6.2

Informes o evaluaciones solicitados por la institución durante la evaluación:

.....

.....

.....

.....

7.

Diagnóstico:

.....

.....

.....

.....

(Código "ICD" cuya utilización se recomienda)

8. SINTESIS

8.1 XXXXXXXXX

SI [] No []

8.2 Fundamento:

.....

.....

.....

.....

8.3 La incapacidad para trabajar se:

Estable []

Se agravará []

Incapacidad parcial [] Incapacidad total []

Determinación del grado de incapacidad de trabajo:

Inferior al 50% []

Superior al 50% []

Superior al 67% []

Invalidez Mayor, más del 90% []

Escala utilizada para esta determinación:

.....

.....

.....

.....

Síntesis :

.....

.....

.....

.....

Evolución de la patología:

.....

.....

.....

.....

Pronóstico:

.....

.....

.....

Déficits Funcionales:

.....

.....

.....

En relación con el examen precedente (practicado con fecha), existe:

[] Mejoría [] Deterioro [] Estado estacionario

9. El(a) asegurado(a) está capacitado(a) para ejercer de manera regular los siguientes tipos de actividad:

Trabajos pesados [] Trabajos semipesados [] Trabajos livianos []

10. Restricciones que se deberán considerar:

10.1 Prohibir:

Exposición a la humedad ☐ Exposición al frío ☐
Exposición al calor ☐ Exposición al ruido ☐
Exposición al gas, vapores
emanaciones ☐ Exposición al frío ☐
Trabajo por turnos ☐ Trabajo nocturno ☐

Flexión repetida, porte y levantamiento de carga:

Transporte de objetos ☐ Riesgo de caídas ☐

Subir planos inclinados, escalas o escaleras ☐

10.2 El trabajo sólo podrá realizarse:

En posición sentada ☐ Con descansos adicionales ☐

En el exterior ☐ (Aparte de los descansos habituales)

Alternando las posturas número y duración de los descansos

de trabajo ☐ Sin presiones de tiempo ☐

Alternando marcha, posición de pie

y posición sentado ☐

10.3 Hay una disminución de la capacidad de trabajo por el hecho de que el/la asegurado(a) carece del uso pleno de sus funciones sensoriales / de sus manos:

.....

.....

Es diérgica) a
.....

11. INFORMACION COMPLEMENTARIA:

11.1 El/la asegurado(a) puede trabajar frente a una pantalla:

Sí ☐ No ☐

Si la respuesta fuere negativa, sírvase especificar el motivo

11.2 El/la asegurado(a) es autónomo(a), es decir, no depende de la ayuda de un tercero en su lugar de trabajo:

Sí ☐ No ☐

Si la respuesta fuere negativa, sírvase especificar el motivo

- 11.3. El/la asegurado(a) es autónomo(a), es decir, no depende de la ayuda de un tercero en el trabajo que él/ella realiza en su domicilio:
Sí [] No []
Si la respuesta fuere negativa, sírvase especificar el motivo
- 11.4 La mejoría de su capacidad de trabajo requiere de:
Terapia ocupacional []
Formación profesional []
Readaptación []
- 11.5 ¿Puede el/la asegurado(a) ejercer su actividad anterior con jornada completa?:
Sí [] No []
Si la respuesta fuere negativa, sírvase especificar la duración máxima del trabajo (en horas o como porcentaje de la jornada ordinaria):
.....
- 11.6 ¿Podría el/la asegurado(a) realizar un trabajo con algunas adaptaciones?:
Sí [] No []
Si la respuesta fuere afirmativa, sírvase citar algunos ejemplos:
.....
- 11.7 ¿Podría el/la asegurado(a) realizar un trabajo con algunas adaptaciones con jornada completa?:
Sí [] No []
Si la respuesta fuere negativa, sírvase especificar la duración máxima del trabajo (en horas o como porcentaje de la jornada ordinaria):
.....
- 11.8 De acuerdo con la legislación del país de residencia, la invalidez, respecto de la última actividad ejercida por el/la asegurado(a), es:
Total [] Parcial []
Si es parcial, favor indicar el grado
- 11.9 Grado de invalidez de acuerdo con la legislación del país de residencia con respecto a cualquier otra actividad que se acomode a las aptitudes del/la asegurado(a):
.....
.....
- 11.10 Categorías de invalidez en la legislación del país de residencia (especificar sólo si el examen médico fuere anterior a una decisión en materia de incapacidad o a la tramitación de una solicitud de pensión de invalidez):
.....
.....

11.11

Las restricciones señaladas son:

A) Permanentes desde

B) Temporales desde hasta

¿Es posible una mejoría del estado de salud del/de la asegurado(a)?

Sí [] No [] Sin respuesta []

Si la respuesta fuere afirmativa, sírvase especificar la manera de lograrla:

.....

11.12

La mejoría de la capacidad de trabajo requiere de:

Una readaptación médica [] Una readaptación profesional []

Sí [] No [] Sin respuesta []

12.

¿Es necesario volver a examinar al/a la asegurado(a)?

Sí [] No []

Si la respuesta fuere afirmativa, sírvase especificar la fecha:

.....

FIRMA DEL MEDICO

TIMBRE

Instrucciones

El formulario deberá completarse con letra de imprenta, utilizando sólo las líneas punteadas.

Este formulario consta de catorce páginas, ninguna de las cuales podrá suprimirse, aun cuando no contenga información pertinente.