



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

**SOLICITUD DE CONFORMACIÓN DE
JUNTA MÉDICA**

**GERENCIA DE PRESTACIONES
ECONOMICAS**

DEPARTAMENTO DE GESTION MÉDICA

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE:

CI N°:

FICHA CLINICA N°

SEGURO
SOCIAL

PATRONAL
N°

EDAD

SEXO

PROFESIÓN

TIEMPO DE TRATAMIENTO

FECHA DEL ULTIMO EXAMÉN MÉDICO

ESTUDIOS REALIZADOS

1)

2)

3)

4)

5)

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ACTUAL

MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA JUNTA MÉDICA:

PACIENTE PRESENTA INVALIDEZ POR ENFERMEDAD

SI

TEMPORAL

PERMANENTE

NO

DIAS DE REPOSO USUFRUCTUADO

PACIENTE PRESENTA INVALIDEZ POR ACCIDENTE

SI

TEMPORAL

PERMANENTE

NO

DIAS DE REPOSO USUFRUCTUADO

NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO
TRATANTE

ESPECIALIDAD

REGISTRO PROFESIONAL N°

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DIRECCIÓN

➤ CALLE: _____

➤ N° DE CASA: _____ BARRIO: _____

➤ CIUDAD: _____

TELÉFONOS

➤ PARTICULAR: _____

➤ CELULAR: _____

➤ FAMILIAR: _____

➤ VECINO: _____

➤ LUGAR DE TRABAJO: _____

REFERENCIA DE CÓMO LLEGAR HASTA EL LUGAR

➤ IGLESIA: _____

➤ ESCUELA: _____

➤ PLAZA: _____

➤ MUNICIPALIDAD: _____

➤ OTROS: _____

CROQUIS

FIRMA