Estimado (a) Doctor (a):

De conformidad con lo establecido en los artículos 9 y 10 del decreto 917 de 1999, artículo 23 del decreto 2463 de 2001, y al artículo 41 de la ley 100 de 1993 modificado por el artículo 142 del decreto 19 de 2012 y con base en la historia clínica completa del (a) afiliado (a), solicitamos diligenciar completamente este formato, toda vez que constituye un requisito legal indispensable para remisión a la Administradora del Fondo de Pensiones por incapacidad prolongada y/o evaluación de la perdida de la capacidad laboral y tramite de pensión por invalidez.

A. DATOS QUE DILIGENCIA EL AFILIADO

Fecha de atención: dd / mm / aaaa
Nombres y apellidos: _____
Tipo de documento: _____ No. Documento: _____
Nombre de la IPS que atiende al paciente: _____
A.R.L.: _____ A.F.P.: _____
Dirección: _____ Ciudad de Residencia: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

B. DATOS QUE DILIGENCIA EL MÉDICO TRATANTE

I. Diagnostico final de la enfermedad del paciente Código CIE 10 | | | | |

Anotar el dx principal y todos las comorbilidades, condiciones crónicas y secuelas establecidas.

_____
_____
_____

II. Etiología y origen probable DX:

_____
_____
_____

III. Secuelas anatómicas y/o funcionales

_____
_____
_____

IV. Resumen de la Historia Clínica:

_____
_____
_____
_____

V. Tratamiento

Entendemos que la mayoría de los pacientes que solicitan pensión por invalidez requieren de tratamientos farmacológicos y de rehabilitación con carácter indefinido (mantenimiento). Por favor, anote únicamente el tratamiento curativo o correctivo pendiente (no de mantenimiento) que hace falta realizarle al afiliado cotizante para que pueda ser dado de alta; el no diligenciamiento se entenderá como tratamiento terminado:

Nombre del tratamiento	Fecha de realización	Rehabilitación: SÍ / NO	¿Cuántos meses de rehabilitación?

VI. Pronostico de recuperación funcional

a. Se espera que la realización del tratamiento mejore la función perdida de forma:

Significativa ☐ Insuficiente ☐ Mínima ☐

b. ¿Ha presentado algún tipo de complicaciones que desmejoren el pronóstico de recuperación?

_____
_____
_____

c. Tratamientos Concluidos:

_____
_____
_____

d. Se espera que, terminado el tratamiento, el afiliado se reintegre a su trabajo usual o se reubique en otra labor:

En menos de 1 año ☐ En más de 1 año ☐

Probablemente no se logre reubicar en el futuro ☐

Observaciones:_____
_____
_____

e. Con base en lo anterior, ¿Cuál es, en su opinión, el pronóstico de recuperación funcional cuando termine el tratamiento pendiente?

Favorable ☐ Desfavorable ☐

Datos del médico tratante

Nombre del médico: _____Doc Identificacion_____
Registro Médico No.: _____
Especialidad: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Fecha: : dd / mm / aaaa

Firma y sello.