**FORMULARIO 3.**

**PARANA,**

**Señor Director**

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitarle quiera tener a bien disponer, por donde corresponde, se cumplimente el cuestionario que obra a continuación, a los fines de ser agregado a la solicitud de PENSION LEY N° 4035, iniciada ante la DIRECCION DE ADULTOS MAYORES M.D.H.:

**APELLIDOY NOMBRE:…………………………………………………………………………….**

**DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD: ……………………………………………………**

**FECHA DE NACIMIENTO: ……………………………………………………………………….**

**DOMICILIO**: ……………………………………………………………………………………….

Firma del responsable del trámite -Lugar y Fecha

Del reconocimiento médico efectuado por este SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL al/la Sr./Sra.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

1. Hay incapacidad para el desempeño de las tareas habituales: SI…….. NO…….
2. Si existe es: TOTAL……….. PARCIAL………… (%) Porcentaje estimado…………….. (en números)
3. La incapacidad es: PERMANENTE ……………….. TEMPORAL……………..
4. Es de orden predominante: FISICO ………….. MENTAL ………………
5. Existe también incapacidad para el desempeño de otras tareas que no son las habituales?

SI …….. NO ……… Indique de qué tipo: ……………………………….

1. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Otras afecciones que dieron origen o coadyuvaron a la causa principal de la Incapacidad:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Enfermedades concurrentes sin relación con la enfermedad principal: …………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Un tratamiento adecuado puede modificar el diagnóstico sobre la enfermedad principal? SI … NO….

Dentro del Área de residencia es posible realizarlo? SI ……. NO ………

Adjuntar breve reseña HISTORIA CLÍNICA detallando el tratamiento.

8-Considera necesario que este Organismo en caso de haberse diagnosticado por certificado

Médico al solicitante una reducción en su capacidad para el cobro del beneficio, se ponga

en conocimiento del Ministerio Público y se tenga en cuenta la designación de “sistema de apoyo”

a efectos de asegurar al recurrente la percepción del mismo? SI …..NO ……..

Firma y Sello del Director Firma y Sello del Médico Tratante

Sello del establecimiento sanitario

|  |
| --- |
| **LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN SE RESERVA EL DERECHO DE**  **SOMETER AL SOLICITANTE A JUNTA MÉDICA INDEPENDIENTE** |