

PENSIÓN POR SOBREVIVENCIA
DETERMINACIÓN DE INCAPACIDAD

LOCALIDAD		FECHA:	
------------------	--	---------------	--

DATOS DEL USUARIO:

C.I.			
1er APELLIDO		2do APELLIDO	
1er NOMBRE		2do NOMBRE	
TELÉFONO		CELULAR	
DOMICILIO		DOMICILIO ELECTRÓNICO CONSTITUIDO	
NIVEL EDUCATIVO		TAREA	

DATOS DEL GENERANTE:

C.I.			
1er APELLIDO		2do APELLIDO	
1er NOMBRE		2do NOMBRE	
FECHA FALLECIMIENTO:		PARENTESCO:	

A COMPLETAR POR BPS:

Nº EXPEDIENTE	
OBSERVACIONES:	

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

- Cédula de identidad del titular (vigente y en buen estado) y fotocopia.
- Copia de partida de defunción
- Historia clínica del titular desde la fecha de fallecimiento del generante hasta la fecha actual.
- Estudios complementarios (de acuerdo a su patología) con timbre profesional, así como toda documentación que su médico tratante entienda válida para realizar la valoración solicitada.
- El presente formulario junto con informe del médico tratante (ver dorso).

Si la persona solicitante tiene curatela judicial, deberá informarlo antes de ser evaluado.
El titular de la presente solicitud autoriza a ser intimado a comparecer, recibir información, vistas y notificaciones a través de su domicilio, o por otras vías de contacto que haya proporcionado al organismo.

.....
Firma de titular o representante

.....
Firma de funcionario/a

PENSIÓN POR SOBREVIVENCIA
DETERMINACIÓN DE INCAPACIDAD

INFORME DE MÉDICO TRATANTE

El presente informe tendrá una validez de seis meses y será utilizado como insumo por los técnicos de BPS para determinar una incapacidad, estableciendo porcentajes de Baremo (DEC. 306/2013). La descripción exhaustiva de la valoración del médico tratante es indispensable para la culminación de la tarea.

LOCALIDAD		FECHA	
C.I.:		NOMBRE Y APELLIDO:	

Diagnóstico:
Antecedentes de la enfermedad actual:
Evolución:
Estudios realizados para confirmación de diagnóstico:
Otros elementos a considerar:

Nota: De requerir aportar mayor Información, lo podrá consignar en la historia clínica.

Firma y sello de médico tratante