

## ASISTENCIA MÉDICA SUBSECUENTE

Nº RECLAMO :

1<sup>er</sup> Nombre \_\_\_\_\_ 2<sup>do</sup> Nombre \_\_\_\_\_  
1<sup>er</sup> Apellido \_\_\_\_\_ 2<sup>do</sup> Apellido \_\_\_\_\_

1. Especifique condición actual del lesionado \_\_\_\_\_

2. El estado actual obedece únicamente a las consecuencias del accidente del día \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, SI ☐ NO ☐

3. Existían otras enfermedades que agravaron las mismas, SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo, menciónelas \_\_\_\_\_

4. ¿Ha terminado ya el tratamiento? SI ☐ NO ☐

a. En caso afirmativo, ¿Cuánto tiempo estuvo el lesionado en tratamiento? \_\_\_\_\_

b. Si la respuesta es NO, ¿en qué fase está de su tratamiento? \_\_\_\_\_

5. Establezca si el lesionado tiene algún grado de incapacidad o invalidez

El _____	% desde _____	hasta _____
El _____	% desde _____	hasta _____
El _____	% desde _____	hasta _____
El _____	% desde _____	hasta _____

\* Adjuntar el grado de incapacidad o invalidez vigente que proporciona el INSS

6. ¿Está el lesionado en condiciones de reanudar normalmente sus ocupaciones?

SI ☐ NO ☐

a. ¿En qué fecha? \_\_\_\_\_

b. En caso contrario, ¿Cuándo es la fecha probable para renovar sus ocupaciones? \_\_\_\_\_

Fechado en \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

7. FIRMA Y SELLO

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del médico tratante  
Código del MINSA