

## Formato de Rehabilitación Integral

Estimado Doctor:

Con base en la historia clínica completa del (a) afiliado (a) y de conformidad con lo establecido en el Artículo 23 del Decreto 2463 de 2.001, solicitamos diligenciar completamente este formato, toda vez que constituye un requisito legal indispensable para la aprobación de las solicitudes de calificación de invalidez por parte de las Juntas Regionales. El objetivo de este cuestionario es establecer si el tratamiento integral ofrecido al (a) afiliado (a) está terminado, o si está en curso, cuándo se dará por terminado y cuál es el pronóstico de recuperación funcional.

Nombres y Apellidos del paciente:

Cédula:

Nombre de la E.P.S.:

Nombre de la IPS que atiende al paciente:

### Cuestionario para ser diligenciado por el Médico Ocupacional de la E.P.S.

A. Origen Probable:

Enfermedad Común  Accidente Común  Enfermedad Profesional  Accidente Profesional

B. El paciente es remitido al Fondo de Pensiones por la EPS? SI  NO

Si la respuesta es Si, es enviado porque?

La Rehabilitación del paciente se demorará mas de 180 días. SI  NO

Para que sea calificada la invalidez del afiliado toda vez que la enfermedad es progresiva y/o irreversible. SI  NO

C. Nombre del médico ocupacional de la E.P.S.:

Teléfono:

Cuestionario para ser diligenciado por el Médico Tratante

I. Diagnóstico final de la enfermedad del paciente

II. Secuelas funcionales definitivas

III. Tratamiento

Entendemos que la mayoría de los pacientes que solicitan pensión por invalidez requerirá 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 para poder darle de alta; el no diligenciamiento se entenderá como tratamiento terminado:

Nombre del Tratamiento	Fecha de Realización	Rehabilitación Si/No	Cuántos meses de rehabilitación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IV. Si el (a) afiliado (a) presenta dolor crónico, ¿ha sido sometido a una clínica multidisciplinaria de dolor?

SI  NO

Resultados

V. Pronóstico de recuperación funcional

A. Ha presentado algún tipo de complicaciones que desmejore el pronóstico de recuperación?

B. Se espera que la realización de este tratamiento mejore la función perdida de forma?

Significativa  Insuficiente  Mínima

Observaciones

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

- En menos de un año.
- En mas de un año.
- Probablemente no se logre reubicar en el futuro.

Observaciones

Datos del Médico Tratante:

Fecha:

Ciudad:

Nombre del médico:

Registro médico número:

Especialidad:

Dirección:

Teléfono:

Firma y sello