

ANEXO II

DICTAMEN DE RECALIFICACIÓN (sigla de la Entidad) N° /2007

DATOS DE LA ENTIDAD ENCARGADA DE CALIFICAR:	
Nombre o Razón Social:	
Dirección:	
Teléfono:	
Entidad Aseguradora/ AFP asignada:	
DATOS PERSONALES DEL AFILIADO:	
NOMBRES:	
APELLIDO PATERNO:	
APELLIDO MATERNO:	
APELLIDO DE CASADA:	
TIPO DE CÉDULA DE IDENTIDAD:	CI:
Nº DE CÉDULA DE IDENTIDAD:	RUN
NUA:	
NÚMERO DE PERSONAS A SU CARGO:	
PARENTESCO DE CADA UNO DE SUS DEPENDIENTES:	
Nombre:	Parentesco:
DATOS DICTAMEN A RECALIFICARSE:	
DICTAMEN QUE ORIGINÓ LA PRESTACIÓN N°:	(En caso de haber sido emitido por la SPVS, consignar adicionalmente el número de Resolución Administrativa que aprueba el Dictamen).
EMITIDO POR:	
FECHA:	
GRADO, CAUSA Y ORIGEN:	
GRADO:	CAUSA:
ORIGEN:	
DETERMINACIÓN DE FECHA DE RECALIFICACIÓN:	
(En caso de no consignar, poner "no consigna")	
SOLICITANTE:	

ANTECEDENTES GENERALES:

Personales

Patológicos	Quirúrgicos	Tóxicos	Fracturas	
Traumáticos	Alérgicos	Malformaciones	Otros	

Ampliación:

Familiares:

EXAMEN FÍSICO:

TA:	mmHg	FC:	FR:
T°:	°C	PESO:	TALLA:

HALLAZGOS:

Exámenes de diagnóstico e interconsultas (anexos al dictamen)

TIPO DE EXAMEN O INTERCONSULTA		RESULTADO
1.		
2.		
3.		

I. CALIFICACIÓN DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES: DETERIORO

Cap	CAUSALES	# orden	
1	Sistema Osteo músculo articular		
2	Sistema Nervioso Periférico		
3	Enfermedades reumáticas		

4	Aparato Respiratorio		
5	Aparato Digestivo		
6	Sistema Genito Urinario		
7	Sistema Cardiovascular		
8	Enfermedad Neoplástica Maligna		
9	Sistema Endocrino		
10	Piel		
11	Sistema Nervioso Central		
12	Enfermedades Mentales y del com ortamiento		
13	Órganos de los Sentidos		
14	Sistema Hematopoyético		

Nota: #orden, corresponde al ordenamiento por gravedad del deterioro

#orden	Código o CIE	DESCRIPCIÓN	%Asignado	Capítulo, páginas
SUMATORIA		X% + Y% * (100% - X%)	A%	

Se entiende que X es el valor mayor de deterioro, y Y el siguiente valor, los cuales se combinan de acuerdo con la fórmula, y el número resultante será X y Y todos los demás.

II. CALIFICACIÓN DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES: DESEMPEÑO OCUPACIONAL

DESEMPEÑO OCUPACIONAL	CRITERIOS DE CALIFICACIÓN							
	0	1	2	3	4	5	6	PUNTAJE
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	0%	15%	30%	60%	75%	85%	99%	
A Alimentación								
H Higiene								
V Vestido								
M Movilidad funcional								
Ad Actividades domésticas								
SUBTOTAL								
TOTAL A ASIGNAR								%B

En cada categoría asignar el porcentaje establecido, por cada actividad y obtener el promedio matemático por la siguiente fórmula:
 $B\% = (A+H+V+M+Ad) / 5$

OCUPACIÓN – TRABAJO	CRITERIOS								Puntaje
	0	1	2	3	4	5	6	7	
Ocupación habitual general/origen común	0%	10%	20%	40%	60%	70%	80%	90%	99%
Puntaje asignado por categoría									C%
Aquí se asigna el porcentaje de la categoría escogida y ese es el valor C%									
Ocupación habitual origen profesional	CRITERIOS								Puntaje
	0	1	2	3	4	5	6	7	
	10%	15%	30%	60%	65%	75%	85%	90%	99%
Puntaje asignado por categoría									C%

Aquí se asigna el porcentaje de la categoría escogida y ese es el valor C%. Sólo se usa en caso de que se califique una contingencia de origen profesional.

ACTIVIDADES SOCIALES	CRITERIOS								Puntaje
	0	1	2	3	4	5	6	7	
Integración social	0%	15%	30%	60%	65%	75%	85%	90%	99%
Puntaje asignado por categoría									D%

Aquí se asigna el porcentaje de la categoría escogida y ese es el valor D%

VALOR TOTAL R (VTR) se obtiene con la siguiente fórmula:

$$VTR = (A\% * 0.5) + (B\% * 0.1) + (C\% * 0.3) + (D\% * 0.1)$$

$$VTR = (\dots \% * 0.5) + (\dots \% * 0.1) + (\dots \% * 0.3) + (\dots \% * 0.1)$$

$$VTR = \dots \% + \dots \% + \dots \% + \dots \% = \dots \%$$

III. APLICACION DE FACTORES DE AJUSTE

Factor de ajuste por edad	0,05	0,02	0,03	0,03	0,04	0,05
Grupos etéreos						
	12-17	18-29	30-39	40-49	50-54	>55
Puntaje asignado por categoría						
Para obtener el Valor Total RI (VTRI) se debe multiplicar VTR por el factor de ajuste asignado por edad:						
VTR1 = VTR * FAEd						
VTR1 = * =						

Factor de ajuste económico	0,01	0,03	0,04	0,05
	0	1	2	3
Puntaje asignado por categoría				
Para obtener el Valor Total R2 (VTR2) se debe multiplicar VTR por el factor de ajuste económico correspondiente:				
VTR2 = VTR * FAEc				
VTR2 = * =				
LA CALIFICACION FINAL A OTORGARSE SE OBTIENE MEDIANTE LA SUMATORIA MATEMATICA SIGUIENTE:				
CALIFICACION FINAL= VTR + VTR1 +VTR2				
..... + + =%				

DICTAMEN DE RECALIFICACIÓN (sigla de la Entidad) N°/2007
Recalificado el Dictamen (.....), el Afiliado (a) con NUA tiene % [..... por ciento] de pérdida de la capacidad laboral por (Accidente o Enfermedad)
ACTA N° FECHA:
Firmas médico calificadores habilitados.



ANEXO III

Se incluye el parágrafo IV en el Dictamen de Calificación aprobado mediante Resolución Administrativa SPVS N° 331 (Artículo Octavo), con el siguiente texto:

IV. NECESIDAD DE RECALIFICACIÓN

El trámite es sujeto a recalificación	SI	NO	
Fecha en que debe realizarse la recalificación			(mm/aaaa)

ANEXO IV

LOGO DE LA AFP

Nº Trámite

Regional

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECALIFICACIÓN

I. RECEPCIÓN				
Lugar de recepción: <input type="text"/>	Fecha de solicitud: <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA			
II. DATOS GENERALES DEL AFILIADO				
Nombre del Afiliado <input type="text"/>	AP PATERNO <input type="text"/>	AP. MATERNO <input type="text"/>	AP. CASADA <input type="text"/>	1er. NOMBRE <input type="text"/> 2do. NOMBRE <input type="text"/>
NUA <input type="text"/>	Matrícula del Asegurado <input type="text"/>		Ente Gestor de Salud <input type="text"/>	
Tipo Doc. Identidad <input type="text"/>	Nº de Doc Identidad <input type="text"/>		Sexo <input type="text"/> F <input type="text"/> M	
Fecha de nacimiento <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA				Nacionalidad <input type="text"/>
Estado Civil: Soltero <input type="text"/>	Casado <input type="text"/>	Divorciado <input type="text"/>	Viudo <input type="text"/>	Conviviente <input type="text"/>
Domicilio (Av./cll. Nº) <input type="text"/>			Teléfono <input type="text"/>	
III. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE AUTORIZADO DE LA RECALIFICACIÓN				
Afiliado <input type="text"/>	Entidad Aseguradora <input type="text"/>	Empleador <input type="text"/>		
Solicitan te <input type="text"/>				Telf. Contacto <input type="text"/>
Correo electrónico <input type="text"/>				
Tipo Doc. Identidad <input type="text"/>	Nº Doc. Identidad <input type="text"/>			
IV. DATOS GENERALES DEL DICTAMEN				
Fecha de Dictamen <input type="text"/>	Nº de Dictamen <input type="text"/>	Resolución Administrativa <input type="text"/>		
% de pérdida de capacidad laboral <input type="text"/>	Origen <input type="text"/>	Por <input type="text"/>		
V. DETALLE DE LOS DOCUMENTOS MÉDICOS PRESENTADOS PARA LA RECALIFICACIÓN				
Observaciones:				
Firma y Nombre del Funcionario Responsable Sello AFP			Firma Solicitante	