

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: RUN
N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD:
NUA:

NÚMERO DE PERSONAS A SU CARGO:
PARENTESCO DE CADA UNO DE SUS DEPENDIENTES:

Nombre:	Parentesco:
Nombre:	Parentesco:
Nombre:	Parentesco:
Nombre:	Parentesco:
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 Neoplásica Maligna		
9	Sistema Endocrino		
10	Piel		
11	Sistema Nervioso Central		
12	Enfermedades Mentales y del com ortamieto		
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							
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	0	1	2	3	4	5	6	PUNTAJE
	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 Ocupación habitual general/origen común	CRITERIOS									Puntaje
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
	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	8	
	10%	15%	30%	60%	65%	75%	85%	90%	99%	
Puntaie 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 Integración social	CRITERIOS									Puntaje
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
	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:

$$\begin{aligned} VTR &= (A\% * 0.5) + (B\% * 0.1) + (C\% * 0.3) + (D\% * 0.1) \\ VTR &= (... \% * 0.5) + (... \% * 0.1) + (... \% * 0.3) + (... \% * 0.1) \\ VTR &= ... \% + ... \% + ... \% + ... \% = ... \% \end{aligned}$$

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 CALIFICACIÓN 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 párrafo 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

N° Trámite

Regional

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECALIFICACIÓN

I. RECEPCIÓN									
Lugar de recepción:			Fecha de solicitud:		DD	MM	AAAA		
II. DATOS GENERALES DEL AFILIADO									
Nombre del Afiliado		AP PATERNO	AP. MATERNO	AP. CASADA	1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		
NUA	Matrícula del Asegurado		Ente Gestor de Salud						
Tipo Doc. Identidad	N° de Doc. Identidad		Sexo		F		M		
Fecha de nacimiento	DD	MM	AAAA		Nacionalidad				
Estado Civil: Soltero	Casado	Divorciado	Viudo		Conviviente				
Domicilio (Av./c/l. N°)				Teléfono					
III. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE AUTORIZADO DE LA RECALIFICACIÓN									
Afiliado	Entidad Aseguradora		Empleador						
Solicitante	Telf. Contacto								
Correo electrónico									
Tipo Doc. Identidad	N° Doc. Identidad								
IV. DATOS GENERALES DEL DICTAMEN									
Fecha de Dictamen	N° de Dictamen		Resolución Administrativa						
% de pérdida de capacidad laboral	Origen		Por						
V. DETALLE DE LOS DOCUMENTOS MÉDICOS PRESENTADOS PARA LA RECALIFICACIÓN									
Observaciones:									
Firma y Nombre del Funcionario Responsable Sello AFP					Firma Solicitante				