



USHUAIA,
09 MAY 2019

VISTO: El Expte. Letra “D” N° 0493/2019 caratulado: “DIRECCION GRAL. PREVISIONAL S/ PROCESO DE REVALUACIÓN MÉDICA DE JUBILACIÓN POR INVALIDEZ”, y,

CONSIDERANDO:

Que a través del artículo 26 de la ley provincial 561, sustituido por el Art. 35 de la ley 1.070, se establece que “La jubilación por invalidez se otorgará con carácter provisional, quedando la Caja facultada para concederla por tiempo determinado y sujeta a los reconocimientos médicos periódicos que establezca...”.

Que a través del expediente mencionado en el visto se ha procedido a elaborar dicho procedimiento, tomando la Dirección Médica Previsional y la Dirección General Previsional intervención competente.

Que del mismo modo se ha tomado en cuenta lo recomendado por el Tribunal de Cuentas de la Provincia según Resolución Plenaria N° 30/2018.

Que asimismo, se hace necesario actualizar los formularios aprobados mediante Resolución de Directorio N° 0014/2017.

Que deviene procedente establecer el procedimiento y aprobación de formularios correspondientes.

Que se somete a discusión el presente, procediéndose a la votación que arroja el siguiente resultado:

UNANIMIDAD.-

Por lo expuesto, el Directorio de la Caja de Previsión Social resuelve por unanimidad de los presentes, proceder en consecuencia.

Que este Directorio se encuentra facultado para su dictado, conforme lo prescripto en el artículo 13 de la Ley 1070.

Por ello:

EL DIRECTORIO
DE LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL
DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO
RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Derogar la Resolución de Directorio IPAUSS N° 14/2017.

ARTÍCULO 2°.- Aprobar el procedimiento de revaluaciones médicas de las Jubilaciones por Invalidez, según lo establecido en el ANEXO I de la presente; ello por los motivos expuestos en el exordio.

ARTÍCULO 3°.- Homologar los formularios utilizados para las tramitaciones de Jubilaciones por Invalidez, Pensiones por Derechohabientes y revaluaciones médicas según ANEXOS II, III, IV, V, VI, VII y VIII; ello por los motivos expuestos en el exordio.

ARTÍCULO 4°.- Incorporar a través del Div. Informática al sistema informático los formularios homologados precedentemente, para uso de las áreas involucradas.

ARTÍCULO 5°.- Registrar, comunicar a quienes corresponda, publicar en el sitio Web del Organismo y en el Boletín Oficial de la Provincia. Cumplido, archivar.-

RESOLUCIÓN DIRECTORIO N° **- 0 4 9** /2019.-

CPSPTF
dj
fra
mss


Mónica C. DIAZ
Vocal Sector Activo
CPSPTF


Noemí Gracieja ARRUEJA
Vicepresidente
CPSPTF


Rubén A. BAHNTJE
Presidente
CPSPTF


Elisa DIETRICH
Vocal Sector Pasivo
CPSPTF

Elaboró	Aprobó	Emitió	REV: 01	PRP-CPS-DMP-001
S. Schnorr	R. Bahntje	D. Jofré	Vigencia: 2019-04-03	Pág. 1 de 4

ANEXO I - RESOLUCIÓN DE DIRECTORIO N° 049

1. OBJETIVO

Establecer un procedimiento para normar el proceso de revaluaciones médicas en beneficios concedidos por la CPSPTF y en el ámbito de sus competencias.

2. ALCANCE

A todas las evaluaciones y revaluaciones médicas en beneficios de jubilación por invalidez Provisorios concedidos.

Exclusión del Alcance: Pensiones por Derecho-habiente con incapacidad Total Permanente no revalúan (son beneficiarios que generan un expediente médico para determinar la incapacidad laboral).

Beneficios de Jubilación por Invalidez Definitivos.

3. GLOSARIO

PRP: Procedimiento Particular.

CPS: Caja de Previsión Social.

DMP: Dirección Médica Previsional.

4. DEFINICIONES

No Aplica.

5. RESPONSABILIDADES

La autoridad de aplicación del presente, será la Dirección General Previsional, dependencia desde donde se establecerán los instrumentos legales pertinentes a efectos de regular lo expresado en el presente.

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

6.1. SOBRE LA RESOLUCIÓN DE BENEFICIOS

6.1.1. Concesión del beneficio de Jubilación por Invalidez Provisoria (66% o más de incapacidad Total y Permanente).

- a. Una vez efectivizada el Alta definitiva del beneficio provisorio, se notifica al beneficiario la fecha que pautará por la Dirección Médica Previsional para efectuar la primera Revaluación Médica, según las patologías que le generaron el porcentaje de incapacidad determinado en la Junta Médica Previsional, la cual se realizará a un plazo no mayor a tres (3) años desde la junta médica previsional realizada.
- b. La Dirección Médica Previsional solicitará las Revaluaciones Médicas Previsionales correspondientes en los tiempos informados, requiriendo al beneficiario que su Médico tratante cumplimente el Anexo VIII de la presente Resolución, y toda la documentación médica pedida y actualizada para poder constatar la persistencia o mejoría de las dolencias que motivaron el porcentaje de incapacidad previsional que se le determinó en la Junta

Elaboró	Aprobó	Emitió	REV: 01	PRP-CPS-DMP-001
S. Schnorr	R. Bahntje	D. Jofré	Vigencia: 2019-04-03	- 0 4 9 Pág. 2 de 4

- Médica Previsional oportunamente realizada. Esta solicitud estará supeditada directamente a las afecciones que presente cada paciente, y definida con criterio médico previsional.
- Si el beneficiario no respondiera en tiempo y forma a lo solicitado, sin informar la causa que pudiere haberle provocado la demora (que se deberá evaluar según corresponda), se procederá a intimarlo para que aporte lo requerido. De mantenerse en negativa una vez vencido los plazos otorgados, se informará a la Dirección General Previsional para que se tomen las medidas necesarias e indicadas por Ley, hasta tanto no cumpla con la remisión de la documentación solicitada.
 - Recepcionada la documentación médica requerida al beneficiario, se evaluará la misma, y de ser necesario se solicitará más documentación médica pertinente. De constatarse la persistencia y gravedad de las afecciones, se le notificará al beneficiario la fecha en que se le efectuará la siguiente Revaluación Médica Previsional.
 - Se procederá de igual manera con todas las Revaluaciones Médicas Previsionales que el responsable Médico del área considere pertinente efectuar, acorde a las patologías que presenta cada paciente en particular y por las que se le asignó en la Junta Médica Previsional el porcentaje de incapacidad que permitió que accediera al beneficio Provisorio, hasta que le corresponda la transformación del beneficio en Definitivo.
 - De constatarse en la documentación médica aportada en cualquier Revaluación, que podría existir una eventual mejoría en las afecciones que motivaron el porcentaje de incapacidad con el que accedió al beneficio, el responsable del área informará a la Dirección General Previsional de la situación, solicitando autorización para tramitar turnos en el nosocomio correspondiente y realizar una Junta Médica Previsional de Revaluación al beneficiario.
 - Una vez autorizado por la Dirección General Previsional, se gestionarán los turnos para efectuar la misma en el nosocomio que correspondiere al lugar de revista en actividad del beneficiario, salvo medie razón médica fundada, y se le notificará al paciente que se procederá a realizarle una Junta Médica Previsional de Revaluación, solicitándole de corresponder, todos los informes y estudios necesarios a tal fin.
 - Si se confirma en la Junta Médica Previsional de Revaluación que el paciente ha presentado mejoría cuantificable, y se determina que ha disminuido su porcentaje de incapacidad a Parcial (o inferior a sesenta y seis por ciento) Permanente o Transitorio, se notificará fehacientemente de lo actuado al afiliado con copia autenticada del Acta o Informe de la Junta Médica Previsional resultante (anexo V de la presente), y se remitirá copia autenticada de todo lo actuado a la Dirección de Medicina del Trabajo que corresponda, según fue el lugar de revista del agente en actividad, para su reincorporación laboral una vez que se haya emitido el acto administrativo de baja del beneficio. Consecuentemente se elevará el Informe de la Junta Médica Previsional de Revaluación (Anexo V) a la Dirección General Previsional, para continuar la pertinente tramitación y proceder a la baja del beneficio de Invalidez.
 - Si se constata en la Junta Médica Previsional de Revaluación que el paciente mantiene el porcentaje de incapacidad Total (igual o mayor a sesenta y seis por ciento) y Permanente, se

Elaboró	Aprobó	Emitió	REV: 01	PRP-CPS-DMP-001
S. Schnorr	R. Bahntje	D. Jofré	Vigencia: 2019-04-03	Pág. 3 de 4

- 0 4 9

- elevará un informe a la Dirección General Previsional de lo actuado, y se notificará fehacientemente al beneficiario de lo resuelto, remitiéndole copia autenticada del Acta resultante de la Junta Médica Previsional (Anexo V de la presente Resolución), e informándole de la fecha pautada por la Dirección Médica para la siguiente Revaluación Médica Previsional.
- j. Las siguientes Revaluaciones Médicas se podrán concretar en un período no superior a los cuatro (4) años desde la primera y entre ellas, según se determine por criterio médico del profesional responsable del área.
 - k. Toda la documentación médica resguardada por secreto profesional quedará plasmada en el expediente médico del beneficiario a resguardo de la Dirección Médica Previsional, trasladándose al expediente Administrativo solo las notificaciones y documentación pertinente codificada.
 - l. Cuando el paciente tuviera 40 años o más de edad y hubiera percibido la prestación por lo menos durante 10 años, el área médica procederá a elevar informe a la Dirección General Previsional solicitando que se transforme el beneficio en Definitivo, acorde a la normativa vigente.
 - m. Una vez transformado el beneficio en Definitivo, ya no se realizarán más Revaluaciones Médicas Previsionales al beneficiario, por lo que se remitirá el Expediente Médico del beneficiario al Archivo General de la CPSPTF para su archivo definitivo, dejando asentado que contiene Secreto Profesional y dentro de un contenedor/ archivo cerrado, al que solo podrán acceder profesionales médicos autorizados por la Dirección General Previsional.
 - n. No se realizarán Revaluaciones Médicas Previsionales a los beneficiarios que hubieren superado los 70 años de edad, solicitándose la transformación del beneficio en Definitivo al cumplir los 10 años de percibir la prestación.

6.1.2. Concesión del beneficio de Jubilación por Invalidez Provisoria con incapacidad total y no permanente o transitoria (66% o más con incapacidad pasible de mejoría).

Si la incapacidad determinada en la junta médica previsional fuera Total Transitoria (pasible de mejoría en un tiempo determinado), la Dirección Médica Previsional requerirá los estudios necesarios para evaluar la evolución de las dolencias y solicitarán los turnos para la nueva Junta Médica Previsional en la fecha estipulada en la Junta Médica Previsional inicial. Se procederá desde ese momento como se establece en puntos 6.1.1.h en adelante del presente Manual.

6.1.3. Resolución de Rechazo de la solicitud del beneficio (la incapacidad constatada en la Junta Médica Previsional fue menor al 66%).

De haberse determinado una Resolución de RECHAZO del beneficio solicitado, el expediente médico del afiliado se mantendrá en Archivo provisorio en la dirección médica, resguardando el debido secreto profesional. El agente podrá volver a solicitar un trámite de jubilación por invalidez si sufre un agravamiento o empeoramiento en sus dolencias luego de su reincorporación laboral, debiendo presentar para ello la correspondiente certificación de Medicina

Elaboró	Aprobó	Emitió	REV: 01	PRP-CPS-DMP-001
S. Schnorr	R. Bahntje	D. Jofré	Vigencia: 2019-04-03	- 0 4 9 Pág. 4 de 4

del Trabajo (según la dependencia de revista) y el resto de la documentación que se le requiera en esta institución a tal fin, volviendo a iniciar el trámite de Solicitud Jubilación por Invalidez.

6.2. NORMATIVA APLICABLE

- Ley 561 y sus modificatorias en sus artículos 23 a 27
- Ley 561 y sus modificatorias en su artículo 30
- Decreto Provincial 772/98
- Resolución IPAUSS 279/2009

7. ANEXOS

Registro	Como Archivo	Donde Archivo	Cuanto Archivo	Disposición
EXPEDIENTE MÉDICO DEL BENEFICIARIO	Carpeta o Digital	Dirección Previsional	Indefinido	Archivado en cajas

8. HISTORIAL DE CAMBIOS

REV	PUNTOS MODIFICADOS	RESPONSABLE
01	Emisión del documento.	Diego Jofré



 Rubén A. BAHNTJE, Presidente CPSPTF

 Mónica C. DIAZ DIETRICH, Vocal Sector Pasivo CPSPTF

 Noemi Graciela ARRUEY, Vocal Sector Activo CPSPTF

 TODA COPIA IMPRESA DE ESTE DOCUMENTO DEBE SER CONSIDERADA NO CONTROLADA, A MENOS QUE CONTENGA UN SELLO QUE INDIQUE LO CONTRARIO



**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA PARA INICIO
DE TRÁMITES DE JUBILACIÓN POR INVALIDEZ
Y PENSIÓN POR DERECHOHABIENTE**

Revisión 01

ANEXO II – RESOLUCIÓN N° **049** / 2019

(Para completar por el Médico tratante del solicitante)

Lugar y Fecha: _____
Apellido y Nombres: _____
Documento de Identidad N°: _____
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
Edad: _____ Años Estado Civil _____ Hijos: _____
Domicilio: _____
Residencia Actual: _____
Actividad Laboral: _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS y Hábitos Tóxicos:

ENFERMEDAD ACTUAL Y TRATAMIENTOS EFECTUADO:



**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA PARA INICIO
DE TRÁMITES DE JUBILACIÓN POR INVALIDEZ
Y PENSIÓN POR DERECHOHABIENTE**

Revisión 01

ANEXO II – RESOLUCIÓN N° **049** / 2019

EXAMEN FÍSICO

Peso: _____ Talla _____ Temperatura Axilar: _____

Aspecto General: _____

Estado Psico intelectual: _____

Facies: _____

Marcha: _____

Decúbito: _____ Actitud: _____

Piel y Faneras: _____

Celular Subcutáneo: _____

CABEZA

Cráneo / Cara: _____

Visión: Izquierdo: _____ Derecho: _____

Pupilas: _____

Fosas nasales: _____ Audición: _____

Boca: Mucosas: _____ Lengua: _____

Piezas dentarias: _____

CUELLO

Inspección: _____

Palpación: _____

TÓRAX

Inspección: _____

Palpación: _____

Glándulas Mamarias: _____

RESPIRATORIO

Frecuencia Respiratoria: _____ Saturometría: _____

Percusión: _____

Auscultación: _____

CARDIOVASCULAR

Tensión Arterial: _____ Frecuencia Cardíaca: _____

Auscultación: _____

Arritmia SI - NO. Descripción de las mismas: _____

Pulsos periféricos: _____

Várices SI - NO. Descripción de las mismas: _____

ABDOMEN, APARATOS DIGESTIVO Y GENITOURINARIO

Inspección: _____

Hernias SI - NO. Descripción: _____

Palpación: _____

Percusión: _____

PPR: _____

OSTEOARTICULAR

Músculos: _____

COLUMNA VERTEBRAL: _____

Cervical: Flexión: _____

Extensión: _____

Rotación: Der.: _____ / Izq.: _____

Inclinación: Der.: _____ / Izq.: _____

Lumbo-sacra: Extensión: _____

Flexión: _____

Rotación: Der.: _____ / Izq.: _____

Inclinación: Der.: _____ / Izq.: _____

MIEMBROS SUPERIORES: _____

Hombros: Elevación Anterior: Der.: _____ / Izq.: _____

Elevación Posterior: Der.: _____ / Izq.: _____

Abdoelevación: Der.: _____ / Izq.: _____

Aducción: Der.: _____ / Izq.: _____

Rotación Interna: Der.: _____ / Izq.: _____

Rotación Externa: Der.: _____ / Izq.: _____



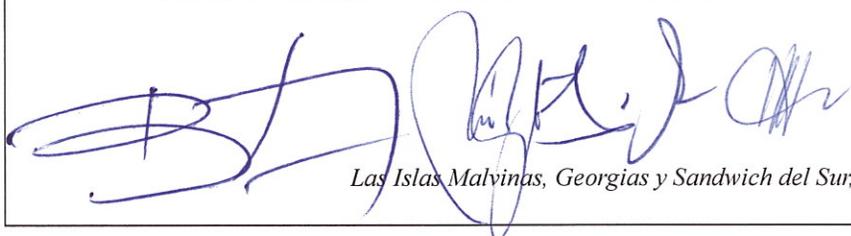
Codos: Flexión: Der.: _____ / Izq.: _____
Extensión: Der.: _____ / Izq.: _____
Pronación: Der.: _____ / Izq.: _____
Supinación: Der.: _____ / Izq.: _____
Muñecas: Flexión Dorsal: Der.: _____ / Izq.: _____
Flexión Palmar: Der.: _____ / Izq.: _____
Desviación Radial: Der.: _____ / Izq.: _____
Desviación Cubital: Der.: _____ / Izq.: _____
Manos: Der.: _____
Izq.: _____

MIEMBROS INFERIORES: _____

Caderas: Flexión: Der.: _____ / Izq.: _____
Extensión: Der.: _____ / Izq.: _____
Abducción: Der.: _____ / Izq.: _____
Aducción: Der.: _____ / Izq.: _____
Rotación Externa: Der.: _____ / Izq.: _____
Rotación Interna: Der.: _____ / Izq.: _____
Rodillas: Flexión: Der.: _____ / Izq.: _____
Extensión: Der.: _____ / Izq.: _____
Tobillos: Flexión Dorsal: Der.: _____ / Izq.: _____
Flexión Plantar: Der.: _____ / Izq.: _____
Inversión: Der.: _____ / Izq.: _____
Eversión: Der.: _____ / Izq.: _____
Pies: _____

SISTEMA NERVIOSO

Motilidad ACTIVA – PASIVA: _____
Decúbito: _____
Tono, trefismo y fuerza muscular: _____
Marcha: _____
Sensibilidad Superficial y Profunda: _____
Lenguaje: _____
Psiquismo: _____



CONCLUSIONES

1) Enfermedad/es padece el afiliado: _____

2) ¿Repercuten dichas enfermedades sobre su capacidad laboral?: SI - NO

¿En qué forma?: PARCIAL - TOTAL

¿Desde cuándo?: _____

3) ¿Sus afecciones le impiden desarrollar sus tareas intelectuales?: SI - NO

¿En qué forma?: PARCIAL - TOTAL

¿Incide sobre su responsabilidad civil?: SI - NO

4) ¿Sus afecciones le impiden desarrollar tareas de esfuerzo físico?: SI - NO

¿Cuáles?: PESADAS - MEDIANAS - LIGERAS

5) ¿Considera que los factores ambientales del trabajo tienen influencia sobre la disminución de su capacidad laboral?: SI - NO

6) La o las afecciones que presenta son:

De causa profesional / Derivadas del Trabajo / De causa natural

7) ¿Es posible un mejoramiento de la o las patologías?: SI - NO

¿Tiempo probable para ello?: _____

8) Consignar fecha probable aproximada de iniciación de cada patología:

9) Observaciones: _____

Firma y aclaración del Médico

Fecha: _____

(Para ser llenado por el profesional)

EXPEDIENTE N°:	
ACTUACIÓN:	
LUGAR Y FECHA:	

1) DATOS PERSONALES:

Apellido y Nombre:		
Edad:	Nacionalidad:	Estado Civil. ¿Con quién vive? ¿Cómo son sus relaciones con su cónyuge, pareja e hijos? ¿Discuten?
Profesión:		DNI N°:

Servicio Militar

CUMPLIÓ	Lugar:
NO CUMPLIÓ	Motivo:

Inicia trámite por:

JUBILACIÓN	PENSIÓN
SUBSIDIOS <input type="checkbox"/>	OTRO BENEFICIO <input type="checkbox"/>

FECHA Y CAUSA DEL CESE	
------------------------	--

2) ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

<input type="checkbox"/>	(0) BIEN
<input type="checkbox"/>	(1) CON DIFICULTADES
<input type="checkbox"/>	(2) NO APRENDIÓ
<input type="checkbox"/>	(0) SIN INSTRUCCIÓN

3) A PERSONAS CON INSTRUCCIÓN PRIMARIA Y/ O SECUNDARIA: ¿HA REPETIDO GRADOS EN ESCUELA PRIMARIA?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(1 – 2 – 3) SI

(Si repitiese 1 vez, 2, 3 o más)

¿Cuáles y cuántas veces: _____

¿HA REPETIDO GRADOS EN ESCUELA SECUNDARIA?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(1 – 2 – 3) SI

(0) Por causas no médicas. (1) Por causas psíquicas o físicas superadas.
(2) Por causas psíquicas o físicas parcialmente superadas. (3) Por causas no superadas.

¿Cuáles y cuántas veces?: _____

Consignar causas: _____

4) ¿HA APRENDIDO EL MANEJO DEL DINERO?

<input type="checkbox"/>	(0) CORRECTAMENTE
<input type="checkbox"/>	(1) CON DIFICULTADES
<input type="checkbox"/>	(2) NO
<input type="checkbox"/>	(0) TRASTORNOS ACTUALES

5) ¿SABE PARA QUE VINO?

<input type="checkbox"/>	TRAMITE JUBIL./PENSIÓN
<input type="checkbox"/>	PARA TRATAMIENTO
<input type="checkbox"/>	OTRO MOTIVO

(0) Respuesta correcta – (2) Respuesta incorrecta

6) ¿CONSIDERA QUE LA ENFERMEDAD QUE LO INCAPACITA PARA TRABAJAR NORMALMENTE, ES?

	NO	SI
FÍSICA		
MENTAL		

(0) Respuesta correcta – (2) Respuesta incorrecta

7) ¿VINO SOLO?

	NO
	SI

8) ¿HABITUALMENTE PREFIERE ESTAR O SALIR ACOMPAÑADO?

	(0) NO
	(2) SI

Porqué: _____

9) ¿SUELE DESORIENTARSE A VECES, AUNQUE SEA POR SEGUNDOS, EN LUGARES CONOCIDOS?

	(0) NO
	(1) SI
	(2) Esporádicamente
	(3) Frecuentemente

10) ¿SUELE TENER TEMORES, A QUE COSAS? ¿QUÉ CONDUCTAS REALIZA PARA EVITAR LO QUE TEME?

	(0) NO
	(1) SI
	(2) Esporádicamente
	(3) Con conductas evitativas

Cuales: _____

11) ¿DESAPARECEN O DISMINUYEN LOS MIEDOS CUANDO SE ENCUENTRA ACOMPAÑADO?

	(0) NO
	(2) SI

12) ¿ES MUY METICULOSO, PREOCUPADO POR EL ORDEN Y LA LIMPIEZA?

	(0) NO
	(2) SI

¿LE INCOMODA EXCESIVAMENTE EL DESORDEN?

	(0) NO
	(3) SI

13) ¿TIENE QUE VERIFICAR VARIAS VECES SI ESTÁN CERRADAS LAS LLAVES DE GAS, LAS PUERTAS, O APAGADA LA LUZ PARA SENTIRSE SEGURO?

	(0) NO
	(2) SI

14) ¿EL MIEDO A ENFERMARSE POR CONTACTO CON OBJETOS O PERSONAS LE HACE TOMAR MEDIDAS DESPROPORCIONADAS DE PRECAUCIÓN PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CONTAGIO?

	(0) NO
	(3) SI

Cuales: _____

15) ¿LE OCURRE LA SENSACIÓN DE MAREARSE Y NO SALIR A LA CALLE POR MIEDO A DESCOMPONERSE?

	(0) NO
	(2) SI

16) CONSIGNAR HÁBITOS:

- ¿FUMA?

	(0) NO
	(1) SI

¿Cuánto?: _____

- ¿INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS?:

	(0) NO
	(1) SI

Cuales prefiere. Cantidades: _____

- ¿CONSUME? O LO HA HECHO: ¿TRANQUILIZANTES, ANOREXÍGENOS U OTRAS DROGAS?:

	(0) NO
	(1) SI

Cuales: _____

17) ¿HA NECESITADO ASISTENCIA MEDICA CLÍNICA, PSIQUIÁTRICA O PSICOLÓGICA COMO CONSECUENCIA

	(0) NO
	(3) SI

18) ¿SE CONSIDERA UNA PERSONA DESCONFIADA?

	(0) NO
	(1) SI

19) ¿SE HA SENTIDO PERJUDICADO CON FRECUENCIA POR PERSONAS DE SU RELACIÓN?

	(0) NO
	(1) SI

¿De qué manera?: _____

20) ¿EL DAÑO Y PERJUICIO SUFRIDO HA SIDO TAN IMPORTANTE QUE REQUIRIÓ AYUDA PSIQUIÁTRICA?

	(0) NO
	(1) SI

21) ¿CUÁNDO Y CUANTO TIEMPO TOMO PSICOFÁRMACOS POR ESA RAZON?

¿Cuáles y en que dosis? (4) Psicofármacos antipsicóticos (2) Otros

22) ¿SUELE TENER CON FRECUENCIA ALGUNO O VARIOS DE LOS SÍNTOMAS? (Sin base orgánica)

	(0) NO
	(1) SI

	SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE
	OPRESIÓN EN EL PECHO
	SUDORACIÓN
	PALPITACIONES
	TRASTORNOS DIGESTIVOS

Cuales: _____

23) ¿HA CAMBIADO MUCHAS VECES DE TRABAJO?

	NO
	SI

Motivos: _____

24) ¿SE CONSIDERA LÍDER EN SU GRUPO LABORAL?

	NO
	SI

Porqué: _____

25) ¿SUS AUTORIDADES HAN TENIDO PARTICIPACIÓN EN EL ORIGEN DE SUS ACTUALES PROBLEMAS?

	NO
	SI

26) ¿HA TENIDO TRAUMATISMO DE CRÁNEO CON PERDIDA DE CONOCIMIENTO?

	(0) NO
	(1) SI

Completar fechas, lugar de asistencia o internación. Duración de la pérdida de conciencia

27) ¿QUEDARON SECUELAS?

	(0) NO
	(1) SI

Cuales: _____

28) ¿CAMBIO SU MANERA DE SER POSTERIORMENTE?

	(0) NO
	(1) SI

(3) Trastornos Orgánicos de la personalidad.
(2) Otros trastornos

¿En qué?: _____

29) ¿HA PASADO ALGUNA VEZ POR PERIODOS CON ALGUNO O VARIOS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?

	(1) HA VISTO IMÁGENES QUE OTROS NO VEÍAN
	(2) HA ESCUCHADO VOCES QUE OTROS NO ESCUCHABAN
	(3) ESAS VOCES SON CLARAS E INSULTANTES
	(2) SE HA SENTIDO IMPULSADO A REALIZAR ACTOS QUE NO DESEABA
	(3) LOS HA REALIZADO

¿Cuáles?: _____

TRATAMIENTOS: (3) Con dosis de Psicofármacos. (4) Con internaciones. Dosis de Psicofármacos

30) ¿HA SUFRIDO DEPRESIONES QUE REQUIRIERAN TRATAMIENTO?

	(0) NO
	(1) SI

31) ¿REALIZÓ ALGUNA VEZ INTENTO DE SUICIDIO?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(4) SI

Descripción detallada: _____

32) ¿REQUIRIÓ POR ESA RAZÓN INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA U OTRO TRATAMIENTO?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(3) SI

Dónde y por cuanto tiempo: _____

SI HACE TRATAMIENTO ACTUALMENTE, INDICAR CUAL Y DOSIS DE PSICOFÁRMACOS

- (4) Con psicofármacos antipsicóticos
- (2) Otros psicofármacos

33) ¿HA TENIDO PROBLEMAS DE CONDUCTA?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(1) SI

34) ¿SUS CONDUCTAS HAN REQUERIDO INTERVENCIÓN POLICIAL?

<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	(3) SI

35) ¿EL AFILIADO HA TENIDO JUICIOS?

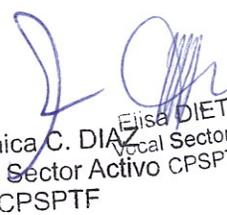
<input type="checkbox"/>	(0) NO
<input type="checkbox"/>	SI

<input type="checkbox"/>	(0) LABORALES
<input type="checkbox"/>	(1) POR ACCIDENTE DE TRABAJO
<input type="checkbox"/>	(4) INHABILITACIÓN o ART. 152 BIS C.C.
<input type="checkbox"/>	(4) INSANÍA o ART. 54 INCISO 3° C.C.
<input type="checkbox"/>	OTROS

¿Cuáles?: _____

<p>_____</p> <p>FIRMA DEL AFILIADO</p>	<p>_____</p> <p>FIRMA DEL PROFESIONAL</p>
--	---






Ruben A. BAHNTJE
Presidente
CPSPTF

Noem Graciela ARRUE
Vicepresidente
CPSPTF

Mónica C. DIAZ
Vocal Sector Activo
CPSPTF

Elisa DIETRICH
Vocal Sector Pasivo
CPSPTF

Islas Malvinas, Georgias, Sandwich del Sur y los Hielos Continentales, son y serán Argentinos

Expediente Administrativo N°:		Fecha:	
Expediente Médico N°:		Lugar:	

APELLIDO Y NOMBRE:	
N° DE DOCUMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:
ESCOLARIDAD:	EDAD:
ESTADO CIVIL:	DOMICILIO:
OCUPACIÓN:	
ASUNTO:	

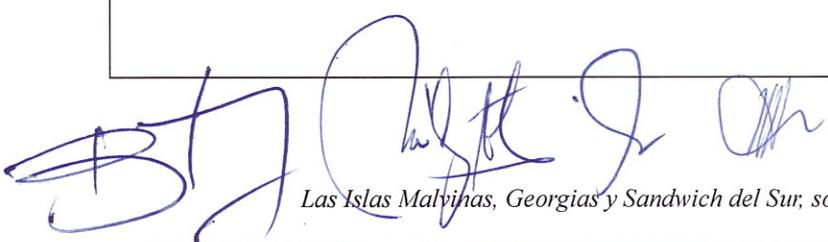
PSICODIAGNÓSTICO:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

ACCIDENTES:

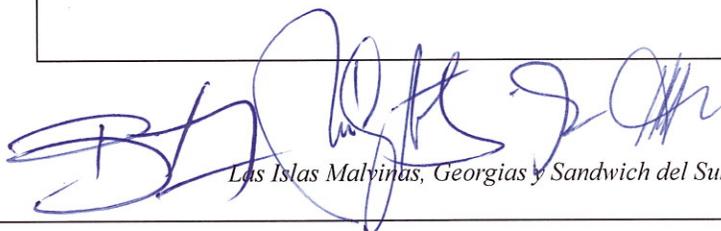


ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL (que motiva la solicitud)

Empty space for recording antecedents of the current illness.

EXAMEN FÍSICO:

Empty space for recording the physical examination.



CONCLUSIONES JUNTA MEDICA PREVISIONAL

El día ____ del mes de _____ del año 20____, en el _____
_____ de la ciudad de _____, los que
suscriben: Dres. _____

_____, integrantes de la JUNTA MEDICA PREVISIONAL establecida en cumplimiento de
lo determinado por la Ley N° 561 de la Provincia de Tierra del Fuego (y sus
modificadorias), hemos procedido a efectuar el examen médico correspondiente y la
evaluación de toda la documentación médica (aportada y solicitada) del Sr./Sra.

D.N.I. N° _____, de ____ años de edad, Titular de los Expediente
Administrativo N° _____ / _____ y Expediente Médico N° _____ /
_____ de SOLICITUD DE JUBILACIÓN POR INVALIDEZ, arribando a las
siguientes conclusiones:

- Afecciones que padece:

Factores Complementarios: Edad: _____

Nivel Educativo: _____

TOTAL: _____

- Porcentaje Final de Incapacidad al que se arribó aplicando las Normas de Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores estatuidas por el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 478/98 (sustitutivo del Decreto P.E.N. N° 1290/94): _____

- Total o Parcial: _____

- Permanente o Transitoria: _____

- General o Específica: _____

- Patologías del paciente, codificadas a través de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10 OMS) para preservar la privacidad del afiliad: _____

- Posibilidad de recuperación y tiempo estimado para el mismo, indicando en su caso, tratamiento a seguir: _____

- Si la incapacidad se ha producido durante la relación de trabajo, indicando fecha en que se manifestó y evolución hasta la fecha, causas: _____

- Posibilidad de sustituir la actividad habitual del afiliado por otras compatibles con sus aptitudes profesionales: _____

- Observaciones: _____

Vocal Oficial

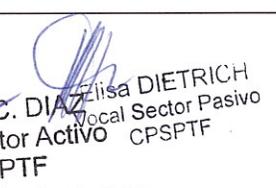
Presidente de la Junta

Vocal Oficial

Médico designado por el afiliado: _____


Rubén A. BAHNTJE
Presidente
CPSPTF


Noemí Graciela ARRUEJAN
Vicepresidente local Sector Activo
CPSPTF


Elisa DIETRICH
Vocal Sector Pasivo
CPSPTF

Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, son y serán Argentinas

Expediente Administrativo N° _____ / _____

INFORME DE JUNTA MÉDICA PREVISIONAL

Señor Presidente
CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO
(CPSTDF)

En el día _____ del mes de _____ de 20____, en el
_____ de la ciudad de _____,
los que suscriben Dres. _____

_____, integrantes de la Junta
Médica Previsional establecida en cumplimiento de lo determinado por la Ley
Provincial 561 y sus modificatorias, le informamos que hemos procedido a
efectuar el examen médico correspondiente, y la evaluación de toda la
documentación médica (aportada y solicitada) del Sr./Sra. _____

_____,
D.N.I. N° _____, de _____ años de edad, Titular de los Expedientes
Administrativo N° _____ / _____ y Expediente Médico N° _____ / _____
de Solicitud de JUBILACIÓN POR INVALIDEZ, dejando constancia que todo lo
actuado se encuentra debidamente archivado en el Expediente Médico del afiliado
para resguardo de su intimidad y confidencialidad de sus datos médicos y
preservando el correspondiente Secreto Profesional, y que hemos arribado las
siguientes conclusiones:

A) AFECCIÓN QUE PADECE EL AFILIADO Y SUS CAUSAS: Se encuentra
afectado de las siguientes patologías, que se expresan codificadas a través de la
Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas
Relacionados con la Salud de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10 OMS)
en resguardo del Secreto Profesional: _____

B) PORCENTAJE DE INCAPACIDAD que se determinó aplicando las Normas
para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los
Trabajadores estatuidas por el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 478/98
(sustitutivo del Decreto P.E.N. N° 1290/94): _____

C) TOTAL o PARCIAL: _____

D) PERMANENTE o TRANSITORIA: _____

E) GENERAL o ESPECÍFICA: _____



F) POSIBILIDAD DE RECUPERACIÓN Y TIEMPO ESTIMADO PARA EL MISMO, INDICANDO EN SU CASO TRATAMIENTO A SEGUIR: _____

G) SI LA INCAPACIDAD SE HA PRODUCIDO DURANTE LA RELACIÓN DE TRABAJO, INDICANDO FECHA EN QUE SE MANIFESTÓ Y EVOLUCIÓN HASTA LA FECHA, CAUSAS:

H) POSIBILIDAD DE SUSTITUIR LA ACTIVIDAD HABITUAL DEL AFILIADO POR OTRAS COMPATIBLES CON SUS APTITUDES PROFESIONALES:

Observaciones: _____

Sin otro particular, le saludamos atentamente.-

Vocal Oficial

Presidente de la Junta

Vocal Oficial

Médico designado por el afiliado: _____


Rubén A. BAHNTJE
Presidente
CPSPTF
Noemí Graciela ARBUJETA
Vicepresidente
CPSPTF
Mónica C. DÍAZ
Sector Activo
CPSPTF
Elisa DIETRICH
Vocal Sector Pasiv
CPSPTF



CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL

**JUNTA MÉDICA PREVISIONAL -
DERECHOHABIENTE**

Revisión 01

ANEXO VI - RESOLUCIÓN N° 049 / 2019

**PENSIÓN DIRECTA / DERIVADA POR DERECHOHABIENTES
LEY PROVINCIAL N° 561 (y sus modificatorias)
RESOLUCIÓN IPAUSS N° 279/2009**

Expediente Administrativo N°:		Fecha:	
Expediente Médico N°:		Lugar:	

APELLIDO Y NOMBRE:	
N° DE DOCUMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:
ESCOLARIDAD:	EDAD:
ESTADO CIVIL:	DOMICILIO:
OCUPACIÓN:	
ASUNTO:	

PSICODIAGNÓSTICO:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

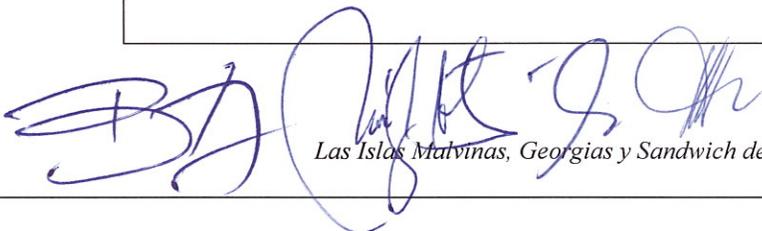
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

ACCIDENTES:

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL (que motiva la solicitud)

EXAMEN FÍSICO:



CONCLUSIONES JUNTA MEDICA PREVISIONAL

El día ____ del mes de _____ del año 20____, en el _____
_____ de la ciudad de _____, los que suscriben,
Dres.: _____,

integrantes de la JUNTA MÉDICA PREVISIONAL establecida en cumplimiento de lo
determinado por la Ley N° 561 de la Provincia de Tierra del Fuego y sus modificatorias,
hemos procedido a efectuar el examen médico correspondiente y la evaluación de toda la
documentación médica (aportada y solicitada) del Sr./Sra.

D.N.I. N° _____, de ____ años de edad, Titular del Expedientes Administrativo
N° ____/____ y del Expediente Médico N° ____/____ de solicitud de
PENSIÓN DIRECTA / DERIVADA POR DERECHOHABIENTE, arribando a las siguientes
conclusiones:

- Afecciones que padece:

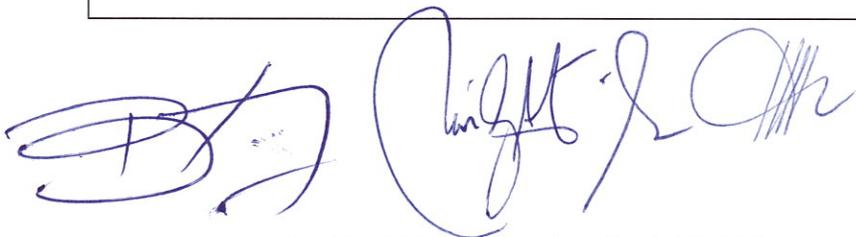
Factores complementarios: Edad: _____

Nivel educativo: _____

TOTAL:

- Porcentaje Final de Incapacidad al que se arribó aplicando las Normas de
Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores
estatuidas por el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 478/98 (sustitutivo del Decreto
P.E.N. N° 1290/94): _____

**- Codificación de las afecciones que padece por CIE-10 de la Organización Mundial
de la Salud (OMS)** preservando así la privacidad del evaluado y el Secreto Profesional:



- TOTAL o PARCIAL
- PERMANENTE o TRANSITORIA
- GENERAL o ESPECIFICA

- Posibilidad de recuperación y tiempo estimado para el mismo, indicando en su caso, tratamiento a seguir: _____

- Fecha en que se manifestó la incapacidad y evolución hasta la fecha, causas: _____

- Posibilidad de desarrollar tareas remunerativas acordes a su capacidad:

Observaciones:

Vocal Oficial

Presidente de la Junta

Vocal Oficial

Médico designado por el paciente: _____


Rubén A. BAHNTJE
Presidente
CPSPTF


Graciela APENYON
Vicepresidente
CPSPTF


Elisa DIETRICH
Vocal Sector Pasivo
CPSPTF

Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, son y serán Argentinas

_____/_____/_____ Expediente Administrativo N°
INFORME DE JUNTA MÉDICA PREVISIONAL

Señor Presidente
CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO
(CPSTDF)

En el día ____ del mes de _____ del año 20____, en el
_____ de la ciudad
de _____, los que suscriben: Dres.

_____,
integrantes de la Junta Médica Previsional establecida en cumplimiento de lo
determinado por la Ley Provincial 561 y sus modificatorias, y Resolución IPAUSS
N° 279/2009, le informamos que hemos procedido a efectuar el examen médico
correspondiente y la evaluación de toda la documentación médica (aportada y
solicitada) del Sr./Srta.

_____, D.N.I.
N° _____, de _____ años de edad, Titular de los Expedientes
Administrativo N° _____/_____ y Expediente Médico N° _____/_____
de solicitud de PENSIÓN DIRECTA / DERIVADA POR DERECHOHABIENTE,
dejando constancia que todo lo actuado se encuentra debidamente archivado en
el Expediente Médico del evaluado para resguardo de su intimidad y
confidencialidad de sus datos médicos y del correspondiente Secreto Profesional,
y que hemos arribado a las siguientes conclusiones:

A) Afecciones que presenta: Se encuentra afectado de las siguientes patologías, que se expresan codificadas a través de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10 OMS) en resguardo del Secreto Profesional: _____

B) Porcentaje de Incapacidad que se determinó aplicando las Normas para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores estatuidas por el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 478/98 (sustitutivo del Decreto P.E.N. N° 1290/94): _____

C) Total o Parcial: _____

D) Permanente o Transitoria: _____

E) General o Específica: _____

F) Posibilidad de Recuperación y tiempo estimado para la misma: _____

G) Fecha en que se manifestó la incapacidad y evolución hasta la fecha, causas: _____

H) Posibilidad de desarrollar actividades remunerativas acordes a su capacidad: _____

Observaciones: _____

Sin otro particular, le saludamos atentamente.-

Vocal Oficial

Presidente de la Junta

Vocal Oficial

Médico designado por el Evaluado: _____


Rubén A. BAHNTJE
Presidente
CPSPTF
Noemí Graciela ARRUIZ
Vicepresidente
CPSPTF
Elisa DIETRICH
Vocal Sector Pasivo
CPSPTF
Monica C. DIAZ
Vocal Sector Activo
CPSPTF