OBJETIVO: Registrar los datos del asegurado, que requiera solicitar la evaluación de discapacidad residual, ante la Comisión Evaluadora por discapacidad total o parcial.

ORIGEN: Servicios Médicos de los Centros Asistenciales Públicos y Privados.

FRECUENCIA DE PREPARACIÓN: Cada vez que el asegurado o asegurada lo amerite.

FORMA DE ELABORACIÓN: Manuscrito, con letras claramente legibles, en cuatro (4) originales.

DISTRIBUCIÓN Y ARCHIVO:
Original 1: Dirección de Evaluación de Incapacidad Temporal y Residual
Original 2: Oficinas Administrativas
Original 3: Tesorería de la Seguridad Social
Original 4: Instituciones Públicas, Empresas Privadas o Trabajador por Continuación Facultativa, No Dependiente y Sobrevivientes.

.

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO:

1. **Solo para ser llenado por el Empleador o Solicitante**:

1.1. **Tipo de Solicitante**: marque con una equis (X) el tipo de Empleador, Empleadora o persona Natural/ facultativa solicitante.

1.2. **Fecha de Elaboración**: indique mediante dos (2) dígitos el día, mes y año en que se expide el formulario.

1.3. **Nombre del Paciente e Inicial del Segundo y Apellido e Inicial del Segundo**: señale el primer nombre y la inicial del segundo, y a continuación el primer apellido e inicial del segundo.

1.4. **Cédula de Identidad**: marque con una equis (X) en la casilla respectiva, si es venezolano o extranjero, y transcriba luego el número, tal como aparece en la cédula de identidad.

1.5. **Fecha de Nacimiento**: indique en números la fecha de nacimiento del paciente.

1.6. **Edad**: escriba en números la edad actual a la fecha según el día, mes y año de nacimiento.

1.7. **Sexo**: marque con una equis (X) el género del paciente, si es femenino (F) o si es masculino (M).

1.8. **Dirección del Paciente**: indique en forma clara y específica la dirección de habitación del paciente.

1.9. **Número Telefónico**: señale el teléfono local del paciente donde pueda ser ubicado en caso de ser necesario.

1.10. **Número de Control**: espacio para la numeración de control de registro de las solicitudes emitidas por el Empleador o Empleadora.

1.11. **Nombre del Empleador(a) o Razón Social**: escriba el nombre del Empleador(a) o Razón Social, donde labora el asegurado.

1.12. **Número Patronal**: transcriba el número de Empleador o Empleadora asignado por el IVSS.

1.13. **Número Telefónico**: indique el número telefónico local del Empleador o Empleadora para la cual labora el asegurado.

1.14. **Antigüedad en la Empresa o Instituto**: coloque en número los años, meses o días que posee el asegurado(a) laborando para la Empresa o Institución.

1.15. **Ocupación**: coloque el cargo o la función que ejerce el asegurado(a) en su empleo actual.

1.16. **Si es Empleado Público, Antigüedad Total Reconocida como Empleado Público**: indique en números el total de años que posee trabajando para la administración pública.

1.17. **Tipo de Solicitud u Otra Observaciones (Evaluación por Discapacidad)**: escriba de forma concreta el tipo de solicitud que desea tramitar o alguna observación referente a la solicitud.

1.18. **Empleador o Representante Legal (Representante de Recursos Humanos)**: escriba el nombre y apellido, la cédula de identidad, firma y sello, del personal responsable de la empresa encargado de los trámites y solicitudes ante el Seguro Social.

1.19. **Solicitante (Asesor Legal o Bienestar Social de la Empresa)**: escriba el nombre y apellido, la cédula de identidad y firma del Solicitante del trámite.

2. **Solo para ser llenado por el Médico Tratante**:

2.1. **Número de Control**: colocar el número de control con el que el Centro Asistencial contabiliza la cantidad de formas emitidas por dicho centro.

2.2. **Fecha de Elaboración (Posterior al llenado del punto 1.2)**: escriba en dos (2) dígitos el día, mes y año en que se expide el Formulario Solicitud de Evaluación de Discapacidad Residual (F: 14-08).

2.3. **Centro Asistencial Emisor (donde fue elaborada; Pública o Privada)**: indique de forma clara y legible el nombre, denominación o razón social del centro asistencial público o privado donde fue emitida la solicitud.

2.4. **Número Telefónico**: señale el teléfono local del centro asistencial donde fue elaborada la forma.

2.5. **Nombre y Apellido del Médico Tratante que solicita Evaluación**: indique de forma legible el nombre del médico tratante que evalúa el caso.

2.6. **Especialidad (Relacionada con la Patología del Trabajador)**: especifique la especialidad del médico tratante.

2.7. **Médico**: marque con una equis (X) el tipo de dependencia donde labora el médico tratante.

2.8. **Fecha de Inicio del Primer Reposo:** señale con dos (2) dígitos el día, mes y año en el cual inició del primer reposo por discapacidad

2.9. **Fecha de Inicio del Ultimo Reposo**: escriba en dos (2) dígitos el día, mes y año de la fecha de inicio del último reposo.

2.10. **Fecha de Culminación del Último Reposo (Debe ser anterior a la fecha de elaboración de la Solicitud de Evaluación de Discapacidad Residual (F: 14-08)**: indique mediante dos (2) dígitos el día, mes y año en el que finalizo el último reposo presentado por el paciente

2.11. **Causa de la Lesión (Etiología, indicando si es enfermedad o accidente) en caso de origen ocupacional, adjuntar Certificado de INPSASEL**: marque con una equis (X) la causa de la lesión por la cual se está evaluando al paciente.

2.12. **Diagnostico(s) (si requiere más espacio adjuntar Informe Médico)**: escriba el o los diagnósticos que efectivamente conducen a solicitar la evaluación de la discapacidad para el trabajo en orden de importancia.

2.13. **Tratamiento (Síntesis) en caso de indicación quirúrgica próxima, señalar fecha probable de la intervención:** escriba una síntesis del tratamiento al cual deberá someterse el paciente.

2.14. **Evolución (Síntesis) (si requiere más espacio adjuntar Informe Medico)**: en este espacio hará una síntesis de la evolución del paciente, indicando si desde el diagnostico, el paciente ha recuperado o no funciones perdidas.

2.15. **Descripción de la Discapacidad Residual (Estado Actual) síntesis (si requiere más espacio adjuntar Informe Medico)**: especifique cuales son las funciones principales que él ha perdido y que a juicio del médico tratante lo limita para realizar sus actividades laborales.

2.16. **Médico Tratante (Médico Especialista tratante relacionado con la patología del Trabajador)**: coloque firma, clave del MPSS y sello del médico encargado de la evaluación médica al paciente.

2.17. **Director o Jefe Médico del Centro Emisor (Público o Privado)**: indique nombre y apellido, número de cédula de identidad y firma del Director del Centro Asistencial o Jefe Médico se fuera el caso; igualmente estampe el sello del Centro Asistencial.

3. **Solo para ser llenado en la Oficina Administrativa más cercana a la residencia del Paciente**:

3.1. **Número de Control**: escriba el número de control correspondiente según los registros de la Oficina Administrativa.

3.2. **Fecha de Elaboración**: escriba en dos (2) dígitos la fecha en que fue elaborado el Formulario Solicitud de Evaluación de Discapacidad Residual (F: 14-08), por la Oficina Administrativa.

3.3. **Oficina Administrativa**: indique el nombre de la oficina administrativa que recibe la solicitud de evaluación de discapacidad.

3.4. **Número Telefónico**: señale el teléfono local de la oficina administrativa donde fue elaborado el formulario.

3.5. **El suscrito Jefe de la Oficina Administrativa, solicita evaluación médica del ciudadano que a continuación se identifica, para la aplicación de la normativa vigente en**: marque con una equis (X) el tipo de contingencia a la cual se desea acoger el solicitante.

3.6. **Funcionario Receptor**: coloque el nombre, apellido, número de la cédula de identidad, firma y sello del servidor público responsable de la recepción y elaboración del formulario.

3.7. **Jefe de la Oficina Administrativa**: indique nombre y apellido, numero de providencia administrativa, firma y sello de la Oficina Administrativa.

4. **Certificación**:

4.1. **Número de Control**: especifique el número de control con el que la Comisión Evaluadora contabiliza la cantidad de formas emitidas por dicho centro.

4.2. **Fecha de Elaboración**: indique mediante dos (2) dígitos el día, mes y año en que se expide el formulario.

4.3. **Comisión o Sub-Comisión del IVSS Autorizada**: escriba el nombre de la comisión o sub-comisión evaluadora la cual lleva la evaluación de los casos.

4.4. **Número Telefónico**: indique el número telefónico local donde Reside la Comisión o Sub-Comisión Evaluadora.

4.5. **Nombre del Paciente e Inicial del Segundo y Apellido e Inicial del Segundo**: señale el primer nombre y la inicial del segundo, y a continuación el primer apellido e inicial del segundo.

4.6. **Cédula de Identidad**: marque con una equis (X) en la casilla respectiva, si es venezolano o extranjero, y transcriba luego el número, tal como aparece en la cédula de identidad.

4.7. **Diagnostico de la Discapacidad Residual**: escriba el diagnóstico que efectivamente la comisión o sub-comisión evaluadora concreta por la discapacidad del trabajo en orden de importancia.

4.8. **Observaciones**: escriba de forma concreta si existe alguna observación referente a la solicitud.

4.9. **Porcentaje de Pérdida de Capacidad para el Trabajo**: indique el porcentaje en números y letras al cual la comisión o sub-comisión evaluadora ha concluido.

Seguidamente indique el porcentaje en números y letras de la discapacidad por origen común y origen ocupacional.

4.10. **Miembro Autorizado de la Comisión o Sub-Comisión**: coloque nombre, apellido, número de cédula de identidad, número de registro de MPPS, firma y sello.

4.11. **Presidente de la Comisión o Sub-Comisión**: coloque nombre, apellido, número de cédula de identidad, número de registro de MPPS, firma y sello.

5. **En caso de no realizarse en la fecha asignada, se difiere la evaluación para:** indique el día y la hora que asistió y no fue atendido junto con la firma y sello del funcionario y las ocasiones en que asistió.

6. **Entrega del resultado de la evaluación:** coloque el nombre y número de cedula de identidad de quien está recibiendo la evaluación e indique fecha, hora de la entrega del mismo y firme como recibido.

   En caso de grupos de expedientes, N° de Comunicación o relación de entrega: indicar el número de la comunicación o la relación donde se hace entrega de la evaluación.

IMPORTANTE: No alterar los campos de información ni el diseño del formulario. Cualquier requerimiento de información, notificarlo a la Dirección General de Planificación y Presupuesto.