

Frente

INFORME MÉDICO DE INVALIDEZ / דו"ח נכות רפואית

I) Organismo de Enlace o Institución Competente que tramita el procedimiento – מוסד קשר או מוסד המוסמך לטפל – בהליך

Nombre del Organismo / שם המוסד		
Dirección / כתובת		
Localidad – Departamento / עיר	País / מדינה	Teléfono / מספר טלפון
Correo electrónico / דוא"ל		
Prestación / סוג קצבה	Fecha de recepción de la solicitud / תאריך קבלת התביעה	Nº de expediente / מספר תיק

II) Organismos de Enlace o Instituciones Competentes destinatarias: גופי קישור או מוסדות מוסמכים שיש לטפל בהם

Nombre del Organismo / שם המוסד		
Dirección / כתובת		
País / מדינה	Teléfono / מספר טלפון	Nº de expediente / מספר תיק
Correo electrónico / דוא"ל		

III) Datos del examinado / נתוני הנבדק

Apellido(s) / שם משפחה		Nombre(s) / שמות פרטיים	
Nombre(s) del padre / שם האב		Nombre(s) de la madre / שם האם	
Fecha de nacimiento / תאריך לידה	Sexo / מין	Lugar de nacimiento / מקום לידה	Edad / גיל
_____/_____/_____	M/ז <input type="checkbox"/> F/נ <input type="checkbox"/>		
Estado / Provincia / Departamento / Región / מדינה/מחוז		País / מדינה	Nacionalidad / אזרחות
Documento de identificación / תעודת זהות	Tipo / סוג	Número / מספר	Fecha de expedición / תאריך הנפקה
			de expedición / מדינה המנפיקה
Nº de afiliación / מספר שיוך	Nº de Seguridad Social / מספר ביטוח לאומי	Profesión o actividad / מקצוע או פעילות	Estado civil / מצב משפחתי

Dirección en el país de origen

Calle / רחוב	Número / מספר	Piso - Dpto. / דירה/קומה	Código postal / מיקוד
Correo electrónico			
Localidad / יישוב	Provincia/Estado/Departamento / מחוז/מדינה		
País / מדינה	Teléfono / מספר טלפון		
Correo electrónico / דוא"ל			

IV) Antecedentes médicos / היסטוריה רפואית

IV.1 Antecedentes médicos personales y familiares / היסטוריה רפואית אישית ומשפחתית
IV.2 Antecedentes Laborales en relación con la invalidez / רקע תעסוקתי ביחס למוגבלות

V) Enfermedad actual / מחלה נוכחית

V.1 Diagnósticos / אבחון
V.2 Tratamientos / טיפול
V.3 Fecha de inicio de la enfermedad / תאריך הופעת המחלה _____/_____/_____

Examen Físico General / בדיקה גופנית כללית

VI.1 Estado General / מצב כללי			
Talla/גודל	Cm/מ"ס	Peso/משקל	Kg/ג"ק
Estado de nutrición / מצב תזונתי			
Índice de masa corporal (IMC) / מדד מסת גוף (BMI)			
Membranas mucosas / ריריות			
Piel / עור			
VI.2 Cabeza / ראש			
VI.2.1 Visión / ראייה			
VI.2.2 Oído / שמיעה			
VI.2.3 Otros Órganos sensoriales / איברי חישה אחרים			
VI.3 Cuello (observaciones externas) / צוואר (תצפיות חיצוניות)			
VI.3.1 Examen de la glándula tiroides / דיקת בלוטת התריס			
VI.3.2 Ganglios linfáticos / בלוטות הלימפה			
VI.3.3 Otros / אחר			
VI.4 Aparato respiratorio / מערכת הנשימה			
VI.5 Sistema circulatorio / מערכת הדם			
VI.5.1 Corazón / פעילות לב			
VI.5.2 Pulso / דופק			
VI.5.3 Tensión arterial (en reposo) / לחץ דם (מנוחה)			
VI.5.4 Tensión arterial (segunda medición) / לחץ דם (מדידה שנייה)			
VI.5.5 Vasos periféricos / כלי היקפי			
VI.5.6 Edema / בצקת			

VI.5.7 ECG (en reposo) / אק"ג (במנוחה)

VI.5.8 Otros hallazgos / ממצאים אחרים

VI.6 Abdomen / בטן

VI.6.1 Aparato digestivo y órganos intraabdominales / מערכת העיכול ואיברים תוך בטניים

VI.6.2 Hígado / כבד

VI.6.3 Bazo / טחול

VI.6.4 Sistema endocrino / מערכת אנדוקרינית

VI.7 Aparato génito-urinario / מערכת גניטו-שתן

VI.8 Examen mental (apariencia, aptitud, afecto, pensamiento, lenguaje, conciencia, orientación, memoria reciente y remota, neuro percepción, abstracción, psicomotricidad, juicio) / בחינה נפשית (מראה, כישרון, השפעה, מחשבה, שפה, תודעה, אוריינטציה, זיכרון / קצר ורחוק, תפיסה עצבית, הפשטה, מיומנויות פסיכומטריות, שיפוט)

VI.9 Aparato locomotor (en caso necesario, usar el Método Natural O, página 8) / מערכת לוקומוטורית (במידת הצורך, השתמש / עמוד 8, O בשיטה הטבעית)

VI.9.1 Columna vertebral / עמוד השדרה

VI.9.2 Extremidades superiores / גפיים עליונות

VI.9.3 Extremidades inferiores / גפיים תחתונות

VI.9.4 Presencia de ganglios linfáticos / נוכחות בלוטות לימפה

VI.10 Comprobaciones neurológicas / בדיקות נוירולוגיות

Movimiento (potencia y tono) / תנועה (כוח וטון)

☐ Normal / רגיל

☐ rápido / מהיר

☐ lento / איטי

☐ débil / חלש

Marcha/הליכה

☐ Normal / רגיל

☐ deficiencia/derecha/חסר/ימין

☐ deficiencia/izquierdo/חסר/שמאל

Reflejos/רפלקסים

VI.11 Síntomas neurovegetativos / תסמינים נוירוגטטיביים

VI.12 Otros (alergias, etc.) / אחר (אלרגיות וכו') /

VI.13 Pruebas funcionales (en caso necesario) / בדיקות פונקציונליות (במידת הצורך) /

VI.13.1 Función pulmonar / תפקודי ריאות

VI.13.2 Función cardíaca/ECG de esfuerzo / תפקוד לב/ אק"ג מאמץ

VI.13.3 Ecografía Doppler (corazón y vasos) / אולטרסאונד דופלר (לב וכלי דם)

VI.13.4 Estudios por formación de imágenes (indicar fecha) / מחקרי הדמיה (ציון תאריך) /

VI.13.4.1 Resultados del examen radiográfico por rayos x de hoy / תוצאות בדיקת הרנטגן הרדיוגרפית של היום /

VI.13.4.2 Resultados de anteriores exámenes radiográficos por rayos x realizados en otra parte / תוצאות בדיקות רנטגן רדיוגרפיות / קודמות שבוצעו במקום אחר

VI.13.4.3 Ecografía (abdomen y otros) / אולטרסאונד (בטן ואחרים) /

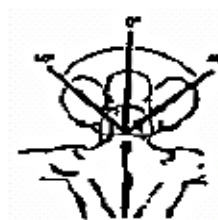
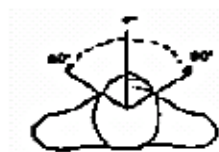
VI.13.4.4 Imágenes por resonancia magnética (RNM) e investigaciones especiales / וחקירות מיוחדות (MRI) דימות תהודה מגנטית /

VI.13.5 Resultados de laboratorio / תוצאות מעבדה /

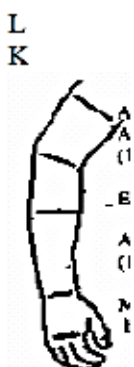
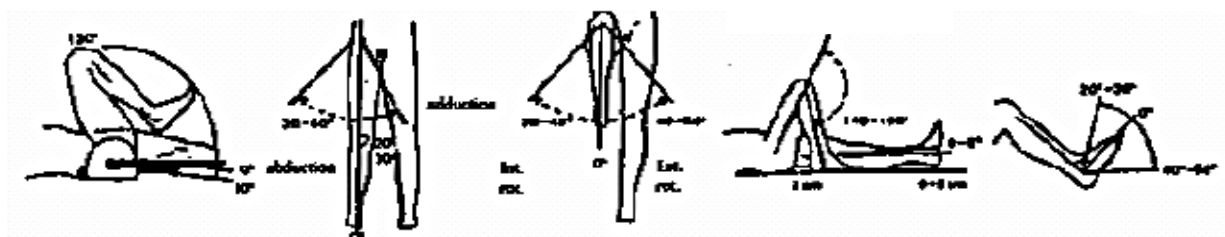
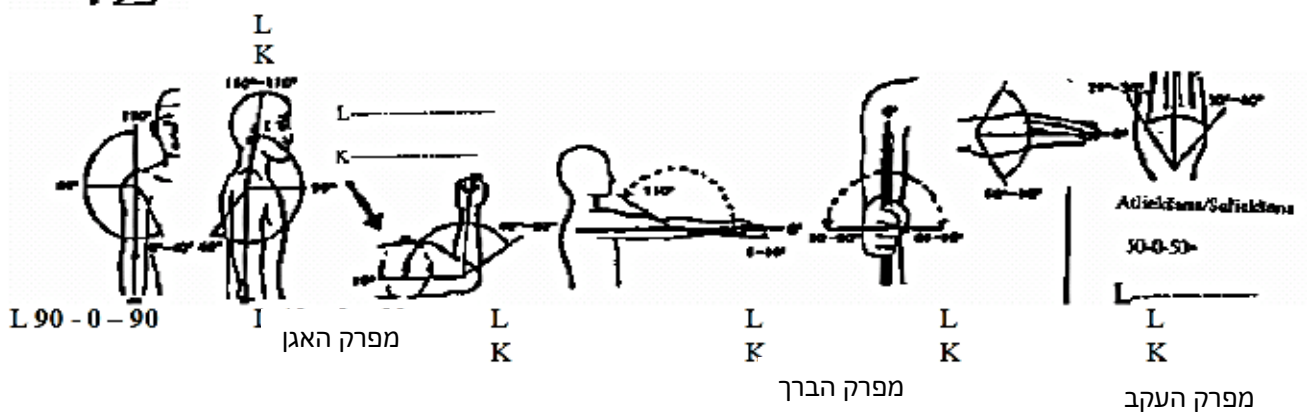
VI.13.6 Otras pruebas / ראיות אחרות /

עמוד נוסף עבור שיטה הניטרלית O

ממוד נוסף עבור שיטה הניטרלית O יריעת מדידה המתאימה למערכת השלד והשרירים לפי השיטה הניטרלית . לתעד רק את הממצאים הפתולוגיים או הנורמליים שיש לציון במפורש O



cm

L
KL
KL
K

VII Diagnóstico(s) clínico(s) fundamentado(s) / אבחנה קלינית מוכחת / אבחנה קלינית מוכחת

VII.1 Diagnóstico principal: CIE 10 / אבחנה ראשונית / אבחנה ראשונית

VII.2 Diagnóstico(s) secundario(s): CIE 10 / משנית אבחנה / משנית אבחנה

VIII Resumen / סיכום

VIII.1 Evolución de la enfermedad / התפתחות המחלה

VIII.2 Perjuicio para la salud / פגיעה בבריאות

VIII.3 Déficits funcionales / ליקויים תפקודיים

VIII.4 Comparación con el informe anterior (fecha) / השוואה עם הדו"ח הקודם (תאריך)

☐ mejora/ שיפור ☐ empeoramiento/ החמרה ☐ sin cambios/ ללא שינוי

VIII.5 El asegurado sigue siendo capaz de realizar de forma regular un trabajo / מסוגלות המבוטח לבצע עבודה באופן קבוע

☐ pesado/ כבד ☐ medio/ בינוני ☐ ligero/ קל ☐ ninguno/ ללא

IX Descripción de limitaciones funcionales / תיאור של מגבלות תפקודיות

Deberán tenerse en cuenta las siguientes restricciones / יש להתייחס להגבלות הבאות

IX.1 Se evitará el trabajo / יש להימנע מעבודה

<input type="checkbox"/> en lugar húmedo / במקום לח	<input type="checkbox"/> en lugar frío / במקום קר
<input type="checkbox"/> en lugar a alta temperatura / במקום עם טמפרטורה גבוהה	<input type="checkbox"/> en lugar ruidoso / במקום רועש
<input type="checkbox"/> en lugar con humo, gases, vapores / במקום עם עשן, גזים, אדים	<input type="checkbox"/> en turno de noche / במשמרת לילה
<input type="checkbox"/> por turnos / במשמרות	<input type="checkbox"/> peligro de caída / סכנת נפילה
<input type="checkbox"/> en tareas que obligan frecuentemente al asegurado a encorvarse, elevar o transportar objetos que requiere el uso de rampas, escaleras, escalerillas / להרים או לשאת חפצים במשימות הדורשות לעתים קרובות מהמבוטח להתכופף, במדרגות, סולמות	

IX.2 La actividad deberá desarrollarse únicamente / הפעילות חייבת להתבצע בלבד

<input type="checkbox"/> sentado / בישיבה	<input type="checkbox"/> con pausas adicionales / עם הפסקות נוספות (además de las pausas habituales) número y duración de las pausas) / מספר (בנוסף להפסקות הרגילות) (ומשך ההנחיות)
<input type="checkbox"/> en sitios cerrados / במקום סגור	
<input type="checkbox"/> con una postura variada / עם תנוחה מגוונת	<input type="checkbox"/> un trabajo que requiera andar, estar sentado y de pie / עבודה הדורשת הליכה, ישיבה ועמידה
<input type="checkbox"/> sin presión especial por límites de tiempo / ללא לחץ זמן מיוחד	

IX.3 El rendimiento en el trabajo se ve reducido porque el asegurado tiene un uso restringido de sus órganos sensoriales, manos, etc./ ביצועי העבודה מופחתים מכיוון שלמבוטח יש שימוש מוגבל באיברי החישה שלו, בידיו וכו'.

es alérgico a / לרגי אל

X ¿Cuándo está previsto un nuevo reconocimiento? / האם מתוכננת הכרה חדשה?

XI Otras observaciones / תצפיות אחרות

XII Medico(s) que emite(n) el informe / הרופא(ים) המנפיק(ים) את הדו"ח

Apellido(s) y nombre(s) / שם משפחה ושם פרטי	
Realizado en / בוצע ב-	Fecha / תאריך
Correo electrónico / דוא"ל	Teléfono / מספר טלפון
Observaciones /	

Firma / חתימה

Apellido(s) y nombre(s) / שם משפחה ושם פרטי	
Realizado en / בוצע ב-	Fecha / תאריך
Correo electrónico / דוא"ל	Teléfono / מספר טלפון
Observaciones /	

Fecha / תאריך: / /

Firma / חתימה