



FUTURO DE BOLIVIA
A F P

Miembro del grupo Zurich Financial Services

DECLARACIÓN DE ENFERMEDAD

Form. SP-005/97

Ente Gestor de Salud

Riesgo Profesional **Riesgo Común**

Este formulario debe ser llenado y firmado por el Empleador, el Afiliado o su Representante y por los Médicos que hubieran atendido el caso. Debe ser presentado por el Empleador dentro de las 24 horas de confirmada la enfermedad profesional o la enfermedad común que cause la invalidez. El original para el Ente Gestor de Salud, copias a: 1.- Empleador, 2.- Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros, 3.- Direcciones Departamentales y Regionales del Ministerio de Trabajo y Microempresa, 4.- Instituto Nacional de Salud Ocupacional, 5.- Afiliado, y la copia, 6.- Para la AFP, debe entregarse a los 5 días en área urbana y 10 días en área rural.

Esta parte debe ser llenada por el Empleador	IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		APELLIDO DE CASADA		NOMBRES		NUA	
	DIRECCIÓN DEL AFILIADO	MATRÍCULA DE ASEGURADO: _____ ENTE GESTOR DE SALUD: _____								FECHA DE NACIMIENTO	
		C.I. _____	RUN _____	OTROS _____		SEXO	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	DÍA _____	MES _____	AÑO _____
	SOLTERO <input type="checkbox"/>		CASADO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	CONVIVIENTE <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD: _____				
	DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD/LOCALIDAD		ZONA/BARRIO/URBANIZACIÓN		TELÉFONO/OTROS		
	AVENIDA		CALLE		PASAJE		NÚMERO	EDIFICIO	BLOQUE	DEPARTAMENTO	
	DEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		RUC AFILIADO INDEPENDIENTE: _____			FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL			
	OCUPACIÓN: _____							DÍA _____	MES _____	AÑO _____	
	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR: _____							TELÉFONO _____	FAX _____	OTROS _____	
	NÚMERO PATRONAL: _____				RUC EMPLEADOR: _____						
DEPARTAMENTO		PROVINCIA		CIUDAD/LOCALIDAD		ZONA/BARRIO/URBANIZACIÓN					
AVENIDA		CALLE		PASAJE		NÚMERO	EDIFICIO	BLOQUE	PISO	OFICINA	
¿Recibió entrenamiento previo para efectuar su trabajo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					Tiempo de servicio en la ocupación: _____						
¿Recibió instrucciones (cursos) sobre Seguridad e Higiene industrial SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					Sección donde trabaja: _____						
RECORD DE SERVICIOS											
EMPRESA			OCUPACIÓN			AÑOS (de - a)		TIEMPO DE TRABAJO EN MESES			
1.- _____			_____			_____		_____			
2.- _____			_____			_____		_____			
3.- _____			_____			_____		_____			
_____				_____				_____			
Nombre y firma del Empleador				Fecha				Firma Afiliado o Apoderado			
ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN	Contaminantes y tiempo a los que estuvo expuesto durante su vida laboral: _____										

EXAMEN CLÍNICO	Fecha de inicio, evolución, diagnóstico presuntivo: _____										

_____				_____							
Sello y Firma Médico Trámite				Centro Médico							

Lugar y Fecha											
VERIFICACIÓN	Esta parte debe ser llenada por Medicina del Trabajo del Ente Gestor de Salud:										
	Investigación realizada: _____										

	Diagnóstico definitivo: _____										

Conducta: _____											

Sello y Firma del Médico del Trabajo						Lugar y Fecha					
LUGAR Y FECHA DE RECEPCIÓN POR LA AFP						NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE AFP					