

SEGURIDAD SOCIAL SÉCURITÉ SOCIALE	CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL 13 DE MAYO DEL 2010 ENTRE LA ARGENTINA Y EL LUXEMBURGO CONVENTION DE SECURITE SOCIALE DU 13 MAI 2010 ENTRE L'ARGENTINE ET LE LUXEMBOURG	ARG/LUX 9
--	---	------------------

INFORME MÉDICO DETALLADO / RAPPORT MÉDICAL DÉTAILLÉ

*Artículo 23 incisos 3 y 4 del Convenio - Article 23, paragraphes 3 et 4, de la Convention
 Artículo 9 del Acuerdo Administrativo – Article 9 de l'Arrangement Administratif*

1.1	Institución destinataria del informe / Institution destinataire
1.1.1	Denominación / <i>Dénomination</i> :
1.1.2	Dirección / <i>Adresse</i> :
1.1.3	Referencia / <i>Référence</i> :

1.2	Persona examinada / Personne examinée
1.2.1	Apellido(s) / <i>Nom</i> :
1.2.2	Nombre / <i>Prénoms</i> :
1.2.3	Lugar de nacimiento / <i>Lieu de naissance</i> :
	Fecha de nacimiento / <i>Date de naissance</i> :
	Sexo / <i>Sexe</i> :
	Nacionalidad / <i>Nationalité</i> :
1.2.4	Número de identificación / <i>Numéro d'identification</i> : <i>en Argentine</i> <i>au Luxembourg</i>
1.2.5	Dirección / <i>Adresse</i> ⁽¹⁾ :
1.2.6	Último empleo / <i>Dernière activité exercée</i> ⁽²⁾ :
1.2.7	Número de pensión / <i>Numéro de pension</i> :
1.2.8	Número de expediente / <i>Numéro de dossier</i> :
1.2.9	Fecha de presentación de la solicitud de pensión :
	<i>Date d'introduction de la demande de pension</i> :
1.2.10	Fecha de presentación de la solicitud de revisión por agravación :
	<i>Date d'introduction de la demande de révision en raison d'une aggravation de l'invalidité</i> :

1.3	Médico que expidió el informe / Médecin ayant établi le rapport
1.3.1	Apellido(s) / <i>Nom</i> :
	Nombre / <i>Prénoms</i> :
1.3.2	Dirección / <i>Adresse</i> ⁽¹⁾ :
1.3.3	Inspector médico de / <i>Médecin examinateur de</i> :

1.4	Institución que solicitó el examen / Institution ayant requis l'examen
1.4.1	Denominación / <i>Dénomination</i> :
1.4.2	Dirección / <i>Adresse</i> ⁽¹⁾ :
1.4.3	Sello / <i>Cachet</i>
	1.4.4 Fecha / <i>Date</i> :
	1.4.5 Firma / <i>Signature</i> :

Apellido(s), nombre / *Nom de famille et prénoms* : Fecha / *Date*:

- 2.1 Dictamen basado en el examen de (fecha) / *Avis fondé sur l'examen pratiqué le (date)* :
- 2.2 Dictamen basado en el informe médico de (fecha) / *Avis fondé sur le rapport médical du (date)* :

3. Historial del paciente / *Antécédents personnels*

- 3.1 Historial clínico / *Antécédents médicaux* :
- 3.2 Principales dolencias que alega en la actualidad / *Symptômes actuels* :
- 3.2.1 El paciente está siendo tratado por el médico / *Médecin traitant actuel* :
- 3.3 Tratamiento actual / *Traitement actuel* :
- 3.4 Antecedentes sociales y carrera profesional / *Antécédents socioprofessionnels*⁽²⁾ :
- 3.4.1 Ejerce la persona asegurada en la actualidad una actividad remunerada?
L'assuré exerce-t-il actuellement une activité professionnelle rémunérée?
 Si / *Oui* No / *Non* Número de horas de trabajo / *Nombre d'heures* :
- Tipo de empleo actual / *Nature de l'activité* :
- 3.4.2 Accidentes laborales/Enfermedades profesionales / *Accidents du travail/Maladies professionnelles* :
- 3.4.3 Características del último empleo / *Nature de l'activité exercée en dernier lieu* :
- 3.4.4 Incapacidad laboral / *Inapte au travail* desde / *depuis* le
- Cese de la actividad laboral / *A cessé le travail* el / *le*

4. Resultados del reconocimiento médico / *Examen physique*

- 4.1 Estado general / *Aspect général*
Talla / *Taille* : cm Peso / *Poids* : kg
Estado de nutrición / *État nutritionnel* :
 bueno / *bon* exceso de peso / *surcharge pondérale* falta de peso / *insuffisance pondérale*
Membranas mucosas / *Muqueuses* :
- Piel / *Fonction tégumentaire* :
- Estado mental y emocional / *État mental, humeur* :
- Observaciones / *Observations* :
- 4.2 Cabeza / *Tête* :
- 4.2.1 Visión / *Acuité visuelle* :
- 4.2.2 Oído / *Acuité auditive* :
- 4.2.3 Otros órganos sensoriales / *Autres organes sensoriels* :
- 4.3 Cuello (observaciones externas) / *Cou (observation externe)* :
- 4.3.1 Examen de la glándula tiroides / *Inspection de la glande thyroïde* :
- 4.3.2 Ganglios linfáticos / *Ganglions lymphatiques* :
- 4.3.3 Otros / *Autres observations* :
- 4.4 Aparato respiratorio / *Appareil respiratoire* :
- 4.5 Sistema circulatorio / *Appareil cardiovasculaire* :
- 4.5.1 Corazón / *Coeur* :
- 4.5.2 Pulso / *Pouls* :
- 4.5.3 Tensión arterial (en reposo) / *Tension artérielle (au repos)* :
- 4.5.4 Tensión arterial (segunda medición) / *Tension artérielle (mesure de contrôle)* :
- 4.5.5 Vasos periféricos / *Vascularisation périphérique* :
- 4.5.6 Edema / *Oedèmes* :
- 4.5.7 ECG (en reposo) / *Électrocardiogramme (au repos)* :

Apellido(s), nombre / *Nom de famille et prénoms* : Fecha / *Date* :
.....

4.6	Abdomen / <i>Abdomen</i> :
4.6.1	Aparato digestivo y órganos intraabdominales / <i>Appareil digestif et organes intra-abdominaux</i> :
4.6.2	Hígado / <i>Foie</i> :
4.6.3	Bazo / <i>Rate</i> :
4.6.4	Sistema endocrino / <i>Système endocrinien</i> :
4.7	Aparato genitourinario / <i>Système génito-urinaire</i> : [Véase la página 4 — Diagramas/ <i>voir page 4 – diagrammes</i>]
4.8	Aparato locomotor (en caso necesario, usar el modelo "balance articular", página 4) / <i>Appareil locomoteur (si nécessaire, utiliser le formulaire « bilan articulaire » figurant à la page 4)</i> :
4.8.1	Columna vertebral / <i>Rachis</i> :
4.8.2	Extremidades superiores / <i>Membres supérieurs</i> :
4.8.3	Extremidades inferiores / <i>Membres inférieurs</i> :
4.9	Presencia de ganglios linfáticos / <i>Présence de ganglions lymphatiques</i> :
4.10	Resultados de la exploración neurológica / <i>Examen neurologique</i> Movimiento (potencia y tono) / <i>Motricité (force et tonus musculaire)</i> : <input type="checkbox"/> normal / <i>normale</i> <input type="checkbox"/> rígido / <i>raideurs</i> <input type="checkbox"/> lento / <i>ralentie</i> <input type="checkbox"/> débil / <i>faible</i> Marche/ <i>Marcha</i> : <input type="checkbox"/> normal / <i>normal</i> <input type="checkbox"/> trabajosa / <i>pesante</i> <input type="checkbox"/> deficiencia/derecha / <i>déviée à droite</i> <input type="checkbox"/> deficiencia/izquierda / <i>déviée à gauche</i> Reflejos / <i>Réflexes</i> :
4.11	Síntomas psicovegetativos o síntomas físicos de origen psicológico / <i>Symptomatologie neurovégétative et psychosomatique</i> :
4.12	Otros (alergias, etc.) / <i>Divers (allergies, etc.)</i> :

5.	Pruebas funcionales y otras (en caso necesario) <i>Exploration fonctionnelle et examens complémentaires (si nécessaire)</i>
5.1	Función pulmonar / <i>Exploration fonctionnelle respiratoire</i> :
5.2	Función cardíaca/ECG de esfuerzo / <i>Fonction cardiaque/épreuve d'effort</i> :
5.3	Ecografía Doppler (corazón y vasos) / <i>Échographie Doppler (cardiovasculaire)</i> :
5.4	Estudios por formación de imágenes (indicar fecha) / <i>Imagerie (en préciser la date)</i> :
5.4.1	Resultados de la exploración radiológica de hoy <i>Résultats de l'examen radiologique pratiqué ce jour</i> :
5.4.2	Resultados de anteriores exploraciones radiológicas o realizadas en otra parte <i>Résultats des examens radiologiques antérieurs ou effectués ailleurs</i> :
5.4.3	Ecografía (abdomen y otros) / <i>Échographies (abdominales, etc.)</i> :
5.4.4	Imagen por resonancia magnética (RNM) e investigaciones especiales <i>IRM et investigations particulières</i> :
5.5	Resultados de laboratorio / <i>Résultats des examens de laboratoire</i> :
5.6	Otras pruebas / <i>Autres examens</i> :

6. Hoja complementaria que se deberá cumplimentar, en caso necesario, para hacer constar los resultados de otras exploraciones especializadas
Page supplémentaire à remplir, le cas échéant, pour consigner les résultats d'examens complémentaires spécialisés.
7. Diagnóstico / *Diagnostic* :
 (código CIÉ recomendado / *utilisation du code CIM recommandé*)

.....
.....
.....
.....
.....

DIAGRAMAS / DIAGRAMMES

8. Resumen / Synthèse

Evolución de la enfermedad / *Évolution de la pathologie* :
 Perjuicio para la salud / *Retentissement sur l'état de santé* :
 Déficits funcionales / *Déficits fonctionnels* :
 Comparación con el informe anterior / *Par rapport à l'examen précédent* (fecha / date) :,

- mejoría / *la situation s'est améliorée* empeoramiento / *s'est détériorée*
 sin cambios / *est restée stationnaire*

**9. La persona asegurada sigue siendo capaz de realizar de forma regular un trabajo del siguiente tipo
 L'assuré demeure capable d'exercer de façon régulière les types d'activité suivants :**

- pesado / *travaux lourds*
 medio / *travaux mi-lourds*
 ligero / *travaux légers*

10. Deben tenerse en cuenta las siguientes restricciones / Restrictions à prendre en compte

- 10.1 Se evitará el trabajo / *Proscrire*
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> en lugar húmedo / <i>l'exposition à l'humidité</i> | <input type="checkbox"/> en lugar frío / <i>l'exposition au froid</i> |
| <input type="checkbox"/> en lugar a temperatura elevada / <i>l'exposition à la chaleur</i> | <input type="checkbox"/> en lugar ruidoso / <i>l'exposition au bruit</i> |
| <input type="checkbox"/> en lugar con humo, gases, vapores
<i>l'exposition à la fumée, aux gaz, vapeurs et émanations</i> | |
| <input type="checkbox"/> por turnos / <i>le travail posté</i> | <input type="checkbox"/> en turno de noche / <i>le travail de nuit</i> |
| <input type="checkbox"/> en tareas que obliguen frecuentemente al asegurado a encorvarse a elevar o transportar objetos
<i>la flexion, le levage et le port de charges fréquents</i> | |
| <input type="checkbox"/> en tareas que requieran el uso de rampas, escalerillas o escaleras
<i>la montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés</i> | <input type="checkbox"/> con peligro de caída / <i>les risques de chute</i> |
- 10.2 La actividad deberá desarrollarse únicamente / *Le travail n'est possible :*
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sentado / <i>qu'en position assise</i> | <input type="checkbox"/> con pausas adicionales (además de las habituales) número y duración de las pausas / <i>que moyennant des pauses supplémentaires (outre les pauses habituelles) nombre et durée de ces pauses :</i> |
| <input type="checkbox"/> en sitios cerrados / <i>qu'à l'intérieur</i> | |
| <input type="checkbox"/> con variación de posturas
<i>qu'en faisant alterner les postures de travail</i> | <input type="checkbox"/> un trabajo que requiera andar, estar sentado y de pie
<i>qu'en faisant alterner marche, stations debout et assise</i> |
| <input type="checkbox"/> sin presión especial por límites de tiempo / <i>qu'en excluant les contraintes de délais particuliers</i> | |
- 10.3 El rendimiento en el trabajo se ve reducido porque la persona asegurada tiene un uso restringido de sus órganos sensoriales, manos, etc.
Il y a diminution de la capacité de travail du fait que l'assuré n'a pas l'usage intégral de ses fonctions sensorielles, de ses mains, etc.

 porque es alérgica a / *est allergique à/au*

11. Preguntas complementarias / Questions complémentaires	
11.1	Puede la persona asegurada realizar un trabajo en pantalla de vídeo? / <i>L'assuré peut-il travailler sur écran?</i> <input type="checkbox"/> Si / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Non</i> En caso negativo, especificar la causa / <i>Dans la négative, en préciser la raison</i> :
11.2	Puede la persona asegurada trabajar sin la ayuda de otra persona en el lugar de trabajo? <i>L'assuré est-il autonome, c'est-à-dire non tributaire de l'aide d'un tiers, sur son lieu de travail ?</i> <input type="checkbox"/> Si / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Non</i> En caso negativo, especificar la causa / <i>Dans la négative, en préciser la raison</i> :
11.3	Puede la persona asegurada trabajar a domicilio sin la ayuda de otra persona? <i>L'assuré est-il autonome, c'est-à-dire non tributaire de l'aide d'un tiers, dans son travail à domicile ?</i> <input type="checkbox"/> Si / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Non</i> En caso negativo, especificar la causa / <i>Dans la négative, en préciser la raison</i> :
11.4	Puede la persona asegurada trabajar a tiempo completo en su último puesto de / <i>L'assuré peut-il exercer à temps plein la dernière activité exercée, à savoir</i> <input type="checkbox"/> Si / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Non</i> En caso negativo, especificar el tiempo máximo de trabajo (en horas o porcentajes de jornada laboral)/ <i>Dans la négative, prière de préciser la durée maximale du travail (en heures ou en pourcentage de la durée journalière normale)</i>
11.5	Puede la persona asegurada realizar trabajo adaptado? / <i>Un travail adapté est-il possible?</i> <input type="checkbox"/> Si / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Non</i> En caso afirmativo, citar algunos ejemplos de trabajo / <i>Dans l'affirmative, en citer quelques exemples</i> :
11.6	Puede la persona asegurada realizar trabajo adaptado a tiempo completo? / <i>Un travail adapté peut-il être exercé à temps plein?</i> <input type="checkbox"/> Si / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Non</i> En caso negativo, especificar el tiempo máximo de trabajo (en horas o porcentajes de día laboral) <i>Dans la négative, prière de préciser la durée maximale du travail (en heures ou en pourcentage de la durée journalière normale</i> :
11.7	La invalidez para el último puesto es, en virtud de la legislación del país de residencia <i>En vertu de la législation du pays de résidence, l'invalidité, pour activité exercée en dernier lieu, est,</i> <input type="checkbox"/> total / <i>totale</i> <input type="checkbox"/> parcial / <i>partielle</i> En caso de ser parcial, indicar el grado / <i>En cas d'invalidité partielle, en préciser le taux</i> :
11.8	Grado de invalidez para cualquier otro tipo de trabajo respecto de las aptitudes del interesado con arreglo a la legislación del país de residencia / <i>Taux d'invalidité, en vertu de la législation du pays de résidence, pour toute autre activité correspondant aux aptitudes de l'intéressé</i> :
11.9	Categoría de invalidez en virtud de la legislación del país de residencia / <i>Catégorie d'invalidité en vertu de la législation du pays de résidence</i> : (Cumplimentar únicamente si el reconocimiento médico se llevó a cabo con el fin de determinar si se admite una solicitud de pensión de invalidez o de incapacidad / <i>à ne préciser que si l'examen médical a été le préalable à une décision en matière d'incapacité ou à l'instruction d'une demande de pension ou de rente d'invalidité</i>)
11.10	Las restricciones establecidas / <i>Les restrictions énumérées sont</i> <input type="checkbox"/> son permanentes desde / <i>permanentes depuis le</i> <input type="checkbox"/> son temporales, desde / <i>temporaires et ne valent que du</i> hasta / <i>au</i>
11.11	Es posible mejorar el estado de salud actual? / <i>Une amélioration de l'état de santé actuel de l'assuré est-elle possible?</i> <input type="checkbox"/> Si / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Non</i> <input type="checkbox"/> No es posible responder / <i>impossible de répondre</i> En caso afirmativo, indicar las medidas / <i>Dans l'affirmative, préciser la façon d'y parvenir</i> :
11.12	Puede mejorarse la capacidad de trabajo mediante / <i>L'amélioration de la capacité de travail passe-t-elle par</i> : <input type="checkbox"/> rehabilitación médica? / <i>une rééducation médicale ?</i> <input type="checkbox"/> rehabilitación profesional? / <i>une réadaptation professionnelle ?</i> <input type="checkbox"/> Si / <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Non</i> <input type="checkbox"/> No es posible responder / <i>Impossible de répondre</i>

Apellido(s), nombre / *Nom de famille et prénoms* :
.....

Fecha / *Date* :

12.

Será necesario realizar un nuevo reconocimiento en el futuro?
Un réexamen ultérieur de l'assuré est-il nécessaire ?

Si / *Oui*

No / *Non*

En caso afirmativo, indicar la fecha / *Dans l'affirmative, en préciser la date* :

Sello / *Cachet*

Fecha / *Date* :

Firma del médico / *Signature du médecin* :