



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD

COMISIÓN TÉCNICA EVALUADORA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL ISSS

"SOLICITUD DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA DISCAPACIDAD Y SALUD PARA ASEGURAMIENTO AL RÉGIMEN DE SALUD DEL ISSS"

San Salvador _____ de _____ de 20 _____

N° correlativo de solicitud

Señores :
Comisión Técnica Evaluadora de Discapacidades ISSS.
Presente.

Yo _____, DUI/Afil.N° _____

Cotizante activo(a), residente en _____

Teléfono residencia: _____ N° Celular _____ Correo el. _____

Trabajo en: _____, Ubicada: _____

Tele/fax: _____ Correo el. _____

Me dirijo a Ustedes con todo respeto, con el objeto de solicitar evaluación funcional de la discapacidad y salud para el Aseguramiento al Régimen de Salud del ISSS, a mi Beneficiario(a) o representado(a) _____

DUI/Carnet de Minoridad: _____ de _____ años de edad.

Documentos que presenta:

- Partida de nacimiento
- Poder Judicial
- DUI
- Carnet de Minoridad
- Certificado de Adopción

- Diagnóstico Clínico
- Certificación Clínica
- Resumen Médico
- Tratamiento Farmacológico

- Referencias
- CONAIPD
- ISRI
- MINSAL

Otros (Mencione): _____

Quien entrega solicitud:

Nombre _____ Firma: _____

Quien recibe solicitud:

Nombre _____ Fecha, Firma y Sello: _____

Quien recibe por la comisión:

Nombre _____ Fecha, Firma y Sello: _____

Form.



N° correlativo de solicitud

Yo _____, DUI/Afil.N° _____

Cotizante activo(a), residente en _____

Teléfono residencia: _____ N° Celular _____ Correo el. _____

Trabajo en: _____, Ubicada: _____

Tele/fax: _____ Correo el. _____