

**ANEXO N°3  
DECLARACIÓN DE IRRECUPERABILIDAD**

<b>DECLARACIÓN DE IRRECUPERABILIDAD</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Identificación del Paciente</b>			
<b>Nombre</b>			
<b>RUT</b>			
<b>Edad</b>			
<b>Dirección</b>			
<b>Correo electrónico</b>			
<b>Teléfono</b>			
<b>Folio de licencias médicas pronunciadas</b>			
<b>Antecedentes tenidos a la vista para resolver</b>			
<b>Peritaje presencial por médico especialista</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Informe médico complementario del tratante</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Exámenes de laboratorio o radiológicos</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Antecedentes de Trámite de Pensión de Invalidez</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Otros antecedentes médicos relevantes (Mencionar cuáles):</b>			
<b>Anamnesis, examen físico o mental</b>			
<b>Conclusión</b>			
<b>Patología irrecuperable</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Fundamentos</b>			
<b>Conducta a seguir</b>			
<b>Reevaluación pericial en      meses (no puede exceder los 6 meses)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Reevaluación pericial a las 78 semanas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Derivación a Superintendencia de Pensiones</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Identificación del contralor COMPIN</b>			
<b>Nombre</b>			
<b>RUT</b>	<b>COMPIN o Subcomisión</b>		
<b>Correo Electrónico</b>			
<b>Firma</b>			