



DOCUMENTOS QUE SE DEBEN PRESENTAR PARA LA CERTIFICACION DE LA DISCAPACIDAD LEY 20.422

Para evaluar y certificar la discapacidad, el beneficiario debe iniciar el trámite en la COMPIN, en los Hospitales o Consultorios más cercano a su lugar de residencia, aportando los siguientes antecedentes:

1. Certificado de Nacimiento del Beneficiario
2. Fotocopia de la Cedula Nacional de Identidad del Beneficiario y de su Representante Legal si procede
3. Certificado de Residencia a Nombre del Beneficiario, otorgado por Junta de Vecinos o Notaria.
4. Formulario de solicitud de evaluación de la discapacidad ley 20.422, que se retira previamente en las oficinas de la COMPIN, Hospitales, Consultorios o Centros de Salud más cercanos al domicilio del solicitante, quien lo llevara al médico para que complete la parte **"ANTECEDENTES CLINICOS DE LA DISCAPACIDAD"**.
5. El solicitante deberá indicar el número o números de la o las fichas clínicas donde recibe atención médica

HOSPITAL----- FICHA CLINICA N°-----

CONSULTORIO ----- FICHA CLINICA N°-----

POSTA RURAL ----- OTRO-----

6. El solicitante deberá aportar antecedentes médicos si es que los tuviera.
- 7.- Puedes dejar tu formulario de la discapacidad en cualquier SOME de los hospitales, consultorios o centro de salud de la IV Región. Luego los formularios son remitidos a la Compin en forma interna.
8. Evaluados los antecedentes médicos presentados por el solicitante, la Honorable Comisión Médica, dictaminara sobre la discapacidad del usuario, a quien se le notificara mediante carta certificada al domicilio, indicado en el certificado de residencia otorgado por carabineros o junta de vecinos.

LAS OFICINAS DE LA COMPIN SE ENCUENTRAN UBICADAS EN AV. FRANCISCO DE AGUIRRE 477 EN LA CIUDAD DE LA SERENA FONOS 333035 -333037



SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD
LEY N° 20.422

Fecha Recepción COMPIN

N° de Folio

1. - Identificación del Beneficiario: Llenar por el Solicitante o Acompañante

Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno
---------	------------------	------------------

Domicilio: Calle.....N°.....
Villa /Pob.....Comuna.....Ciudad.....
RegiónTeléfono.....

Situación Familiar: Soltero Casado Separado Viudo Conviviente

Sexo: Femenino <input type="checkbox"/>	Edad Años <input type="text"/>	Cedula de Identidad <input type="text"/>
Masculino <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estudios:

Sin Escolaridad <input type="checkbox"/>	Básica <input type="checkbox"/>	Media <input type="checkbox"/>
Técnica Profesional <input type="checkbox"/>	Universitaria <input type="checkbox"/>	Educación Especial <input type="checkbox"/>

Actividad / Ocupacional Actual

Trabaja <input type="checkbox"/>	Estudia <input type="checkbox"/>	Dueña de Casa <input type="checkbox"/>	Inactivo <input type="checkbox"/>
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------------

Sistema de Salud

Fonasa <input type="checkbox"/>	Isapre <input type="checkbox"/>	No Tiene <input type="checkbox"/>	Otra <input type="text"/>
Señalar			

Entidad Previsional

I.N.P. <input type="checkbox"/>	A.F.P. <input type="checkbox"/>	No Tiene <input type="checkbox"/>	Otra <input type="text"/>
Señalar			

Firma o Impresión Digital
del Solicitante o Acompañante



II. ANTECEDENTES CLINICOS DISCAPACIDAD LLENAR POR MÉDICO TRATANTE

A) NATURALEZA	Congénita	<input type="text"/>	Adquirida	<input type="text"/>
	Recuperable	<input type="text"/>	No Recuperable	<input type="text"/>
	Tratamiento Previo	<input type="text"/>	Sin Tratamiento	<input type="text"/>

B) ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA:

Actividad	Independiente	Semi Independiente	Dependiente
Higiene Personal			
Alimentación			
Vestuario			
Traslado			
Actividad del Hogar			
Actividad Tiempo Libre			
Comunicación			

C) TIPO:

FÍSICA	<input type="checkbox"/>	MENTAL	<input type="checkbox"/>	PSIQUIATRICA	<input type="checkbox"/>
VISUAL	<input type="checkbox"/>	AUDITIVA	<input type="checkbox"/>	MULTIDEFICIT	<input type="checkbox"/>

D) DIAGNOSTICO:

.....

.....

.....

.....

.....

Tratamiento.....

.....

.....

Ayudas Técnicas.....

.....

.....

E) PRONOSTICO

Debe ser Reevaluado? Si No

Frecuencia

F) IDENTIFICACIÓN DEL MEDICO TRATANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
------------------	------------------	--------

C.I.----- Institución ----- Dirección -----

Región ----- Teléfono -----

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma Y Timbre del Medico Tratante