

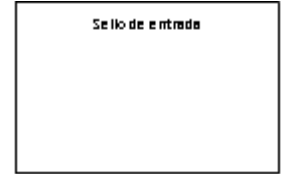


GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO DE MIGRACIONES

DIRECCIÓN GENERAL DE MIGRACIONES



Sello de entrada

PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD ABSOLUTA PARA TODO TIPO DE TRABAJO

De conformidad con lo establecido en el artículo 19 del *REAL DECRETO 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior (BOE del 24 de enero)*, se emite el siguiente:

INFORME MÉDICO DE VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD

1. DATOS DE LA PERSONA RECONOCIDA

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Dirección		
Empleo habitual		
Último empleo realizado		

2. DATOS DEL FACULTATIVO

Apellidos	Nombre
Dirección	
Entidad Aseguradora	

3. ANTECEDENTES DE PERSONALES Y FAMILIARES

--

4. ANTECEDENTES DE TRABAJO (Si los hubiera)

(Trabajos realizados y empresas, en orden cronológico, agentes de exposición, descripción de actividades del último puesto de trabajo)

--

5. ENFERMEDAD ACTUAL

(Molestias que padece el enfermo, comienzo de las mismas, evolución, tratamiento seguido hasta el momento actual)

--

6. DIAGNÓSTICO

--

7. DATOS DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO (Anamnesis, exploración, documentos aportados)

--

8. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS AL RECONOCIMIENTO

--

9. TRATAMIENTO EFECTUADO, EVOLUCIÓN Y POSIBILIDADES TERAPEÚTICAS

--

10. CONCLUSIONES (Limitaciones orgánicas y/o funcionales y valoración laboral)

--

11. JUICIO CLÍNICO-LABORAL:

Según el Artículo 19.1, del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados, se considerará que existe incapacidad absoluta cuando padezcan deficiencias, previsiblemente permanentes, de carácter físico o psíquico, congénitas o no, que les inhabiliten por completo para toda profesión u oficio.

A estos efectos se tendrá en cuenta la edad del paciente y sus posibilidades reales de integración en el mercado de trabajo.

La incapacidad sufrida determina la imposibilidad de realización en cualquier tipo de actividad laboral, teniendo en cuenta la edad del beneficiario y las posibilidades reales de integración en el mercado de trabajo:

SI

NO

La incapacidad sufrida es susceptible de revisión:

SI

NO

Si la incapacidad fuese susceptible de revisión, deberá efectuarse cada año/s

En a de de

EL MÉDICO

PROTECCIÓN DE DATOS: De conformidad con lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos, se le informa de que sus datos personales pasarán a formar parte del tratamiento cuyas características se exponen a continuación: El responsable del tratamiento es el titular de la Subdirección General de la Ciudadanía Española en el Exterior y Retorno del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, cuya dirección electrónica es sgemigracion@mitramiss.es. El correo de contacto del delegado de protección de datos es dpd@mitramiss.es.

El fin que se persigue con el tratamiento es la comprobación del cumplimiento de los requisitos necesarios para la instrucción de la solicitud de prestación económica por razón de necesidad regulada en el Real Decreto 8/2008, de 11 de enero. Los datos no se cederán a terceros salvo para la verificación de los datos de identidad, para eventuales comprobaciones relacionadas con el expediente y en aplicación de los principios de cooperación, colaboración y coordinación entre las administraciones públicas en el desarrollo de sus competencias, salvo que conste oposición expresa del solicitante. Los datos se conservarán durante el tiempo imprescindible, de acuerdo con la legislación administrativa. Tiene derecho a acceder, rectificar o suprimir sus datos, así como a retirar su consentimiento en cualquier momento. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, www.aepd.es.

QUEDO enterado/a de la obligación de comunicar a la Consejería, Oficina de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social u órgano instructor, en el plazo máximo de **treinta días** cualquier variación que se produzca en mi situación de convivencia, estado civil, residencia, recursos económicos, propios o ajenos computables y cuantos otros puedan tener incidencia en la conservación o cuantía de la prestación.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y anexos y me comprometo a facilitar la información y documentación que me sea requerida.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del solicitante