

**CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE ESPAÑA Y MARRUECOS**  
CONVENTION DE SECURITE SOCIALE ENTRE L'ESPAGNE ET LE MAROC

E/M - 12

**INFORME MEDICO / RAPPORT MEDICAL**

*Articulo 20 del convenio / Article 20 de la Convention*

*Articulo 20.1 del Acuerdo Administrativo / Article 20.1 de l'Arrangement Administratif*

**1- INSTITUCION A LA QUE SE DIRIGE EL INFORME/ INSTITUTION DESTINATAIRE**

<i>Denominacion / dénomination.....</i>
<i>Direccion (1) / adresse.....</i>
.....

**2- PERSONA EXAMINADA / PERSONNE EXAMINEE**

<i>Apellidos y nombre / nom et prénom.....</i>		
<i>Para nacionales españoles / pour les espagnols</i>		
<i>Primer apellido de nacimiento / premier nom</i>	<i>Segundo apellido de nacimiento / 2<sup>ème</sup> nom</i>	<i>Nombre / Prénom</i>
.....	.....	.....
<i>Nombre del padre / Nom du père.....</i>	<i>Nombre de la madre / Nom de la mère .....</i>	
<i>Fecha de nacimiento / Date de naissance.....</i>	<i>D.N.I (2) / C.I.N.....</i>	
<i>Nacionalidad / Nationalité .....</i>	<i>Sexo/ Sexe.....</i>	
<i>Direccion / Adresse.....</i>		
<i>Empleo habitual / emploi habituel.....</i>		
<i>Ultimo empleo realizado / Dernier emploi occupé.....</i>		
<i>Numero de afiliacion</i>	<i>En Espana / En Espagne.....</i>	
<i>Numéro d'immatriculation</i>	<i>En Marruecos / Au Maroc.....</i>	
<i>Numero de expediente / Numéro d'expédition.....</i>		
<i>Fecha de presentacion de la solicitud / Date d'introduction de la demande.....</i>		

**3- INFORME EXPEDIDO POR EL FACULTATIVO/RAPPORT ENVOYE POUR LE MEDECIN**

<i>Apellidos / Nom.....</i>	<i>Nombre / Prénom.....</i>
<i>Direccion (1) / adresse.....</i>	
.....	
<i>Medico evaluator / Médecin effectuant l'évaluation : .....</i>	

**4- ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES / ANTECEDANTS PERSONNELS ET FAMILIAUX**

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

## **5- ENFERMEDAD ACTUAL / MALADIE ACTUELLE**

*(Molestias que padece el enfermo, comienzo de las mismas, evolucion, tratamiento seguido hasta el momento actual)*  
maladies récentes par le malade, début, évolution, traitement suivi jusqu'à maintenant.

---

---

---

---

---

---

---

## **6- EXPLORACION CLINICA. Estado general / EXPLORATION CLINIQUE : Etat général**

*Estatura / Taille..... Peso / Poids.....*

*Aspecto general (senil, tranquilo, inquieto, etc) / Aspect général (scuil, tranquille, inquiet etc).....*

*Constitucion (fuerte, regular, débil) / Constitution (forte, normale, faible).....*

*Postura / Attitude..... Porte/ Démarche.....*

*Movimientos / Mouvements.....*

*Musculatura / Musculature.....*

*Color de la mucosa / Couleur des muqueuses.....*

*Estado de la nutricion / Etat de nutrition.....*

*Cara (palida, cianotica) / visage (pâle, cyanosé).....*

*Estado de la boca y de los dientes / Etat de la bouche et des dents.....*

## **7- ORGANOS DE LOS SENTIDOS / ORGANES DES SENS**

*Oidos / ouie.....*

*Vision / Vision.....*

*Otros organos sensoriales / autres organes sensoriels.....*

## **8- APARATO RESPIRATORIO / APPAREIL RESPIRATOIRE**

*Vias respiratorias superiores, pulmones, perimetros del torax, forma del torax, examen marcoscopico y microscopico del esputo, comprobacion de B.K reconocimiento radiografico, etc*  
Voies respiratoires supérieures, poumons, périmètre du thorax, forme du thorax, examen macroscopique et microscopique du crachat, vérification du BK : constatation radiographique, etc....

---

---

---

---

---

---

*Resultado del reconocimiento radiografico, con indicacion de fecha (3) / résultat des constatations radiographiques avec indication de la date*

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

## **9- APARATO CIRCULATORIO / APPAREIL CIRCULATOIRE**

*Corazon, aorta, vasos. (volumen del corazon, auscultacion, pulso, tension arterial, disnea, edemas, estado de los vasos perifericos, varices, examen radiografico, etc) / cœur, aorte, vaisseaux, volume du cœur, pouls, tension arterielle, dyspnée, œdème, état des vaisseaux périphériques, varices, examens radiographiques etc)*

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

*Resultado del examen electrocardiografico, con indicacion de fecha (3)*

*Résultat de l'examen électrocardiogramme avec indication de la date*

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

## **10- APARATO DIGESTIVO / APPAREIL DIGESTIF**

*(Pared del abdomen, hernias cicatrices de intervenciones quirurgicas, palpacion del abdomen, higado, bazo, ganglios)*  
*paroi de l'abdomen, hernies, cicatrice d'intervention chirurgicale, palpation de l'abdomen, foie, rate, ganglions.*

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

*Resultado del reconocimiento radiografico, con indicacion de fecha (3) / résultat des constatations radiographiques avec indication de la date*

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

## **11- APARATO LOCOMOTOR / APPAREIL LOCOMOTEUR**

*Huesos, musculos, examen de la forma y el movimiento de las articulaciones y de la columna vertebral, signo de Lasègue)*  
*Os, muscles, examen de la forme et le mouvement des articulations de la colonne vertébrale, signe de Lasègue.*

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

## **12- APARATO GENITO-URINARIO / APPAREIL GENITO-URINAIRE**

*Resultado del analisis de orina, con indicacion de fecha (3) / Résultat de l'analyse des urines, avec indication de la date*

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

## **13- SISTEMA NERVIOSO Y PSIQUICO / SYSTEME NERVEUX ET PSYCHIQUE**

*(Reflejos pupilares y periférico, paresias, parálisis, trastornos más importantes de la sensibilidad, peculiaridades psíquicas)*

Réflexes pupillaires et périphériques, parésies, paralysie, troubles les plus importants de la sensibilité, « particularités » psychiques

## **14- ANALISIS DE SANGRE / ANALYSE DU SANG**

*(Fecha del mismo, con expresion de la cantidad de hemoglobina y del numero de hematies)*

Date de l'analyse du sang avec taux d'hémoglobine et nombre d'hématies.

## **15- OTROS ANALISIS / AUTRES ANALYSES**

*(Con indicacion de fecha (3), reaccion de precipitacion, reaccion para el diagnostico de sifilis, etc)*

Vitesse de sédimentation, réaction pour le diagnostic de la syphilis.

## **16- DIAGNOSTICO CLINICO RAZONADO / DIAGNOSTIQUE CLINIQUE JUSTIFIE**

## **17- SE HA ESTABILIZADO EL ESTADO DEL ENFERMO / L'ETAT DE L'INTERESSE EST-IL STABILISE ?**

## **18- EL INTERESADO ES APTO PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD QUE ULTIMAMENTE EJERCIO.**

L'INTERESSE EST-IL APTE A REALISER L'ACTIVITE QU'IL EXERCAIT ANTERIUREMENT ?

## **19- EL INTERESADO ES APTO PARA EJERCER ACTIVIDADES DISTINTAS DE LA EJERCIDA EN EL ULTIMO LUGAR**

L'INTERESSE EST-IL APTE A REALISER DES ACTIVITES DISTINCTES DE SON DERNIER EMPLOI ?

## **20- EL INTERESADO ES SUSCEPTIBLE DE SER READAPTOADO**

L'INTERESSE EST-IL SUSCEPTIBLE D'ETRE READAPTE ?

**21- PRECISA LA AYUDA DE TERCERA PERSONA PARA REALIZAR LOS ACTOS ORDINARIOS DE LA VIDA**  
PRECISER L'AIDE DE TIERCE PERSONNE POUR REALISER LES ACTES ORDINAIRES DE LA VIE .

---

---

---

**22- LA INVALIDEZ TEMPORAL O DEFINITIVA ?**  
L'INVALIDITE EST-ELLE TEMPORAIRE OU DEFINITIVE ?

---

---

---

**23- LA INVALIDEZ ES SUSCEPTIBLE DE MEJORIA O DE CURACION ?**  
L'INVALIDITE EST-ELLE SUSCEPTIBLE D'AMELIORATION OU DE GUERISON ?

---

---

---

**24- FECHA DE COMIENZO DE LA INVALIDEZ ACTUAL**  
DATE DU DEBUT DE L'INVALIDITE ACTUELLE.

---

---

---

**25- EL INTERESADO, DEBE SER RECONOCIDO ? EN CASO AFIRMATIVO INDICAR LA FECHA**  
L'INTERESSE DOIT ETRE REEXAMINE ? ; DANS LE CAS AFFIRMATIF ? INDIQUER LA DATE

---

---

---

**26- LA LESION QUE PADECE EL INTERESADO**

*Es derivada de accidente de trabajo o de enfermedad profesional*

La lesion que présente l'intéressé est-elle dûe à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ?

*En caso afirmativo indica :*  
*Naturaleza de la lesion*  
Dans le cas affirmatif indiquer la nature de la lésion

*Fecha de curacion de la lesion – date de guérison de la lésion*

**27- CUAL ES LA INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO MINERO ?**  
QUELLE EST L'INCAPACITE POUR LE TRAVAILLEUR MINEUR ?

*En el fondo ? dans le fonds.....*  
*En la superficie ? en superficie.....*  
*Debe dejar de trabajar en la mina ? doit il arrêter de travailler dans la mine ?.....*

## **CONCLUSIONES / CONCLUSIONS**

**28- LA INVALIDEZ ES PROVISIONAL, DEFINITIVA O NO EXISTE ? / L'INVALIDITE EST-ELLE PROVISOIRE, DEFINITIVE OU NON EXISTANTE ?**

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

**29- FECHA DEL RECONOCIMIENTO MEDICO / DATE DU CONTRÔL MÉDICAL**

.....  
.....

**30- INSTITUCION QUE HA HECHO QUE SE PROCEDA AL RECONOCIMIENTO MEDICO  
L'INSTITUTION QUI A ORDONNE LE CONTROLE MEDICAL**

Dénomination / Nom : .....

Dirección (I) / Adresse : .....

Sello / Cachet

Fecha / Date

Firma / Signature

## **INSTRUCCIONES / INSTRUCTIONS**

*El presente formulario se cumplimentara a maquina o en caracteres de imprenta utilizando únicamente las líneas de puntos / Le présent formulaire sera rétabli à la machine à écrire ou à la main en caractères d'imprimerie. Ecrire sur les lignes en pointillés.*

### **NOTAS / NOTES**

- (1) *Número, calle, localidad, provincia, código postal, país / numéro, rue, ville, province, code postal, pays*
- (2) *Para los nacionales españoles, indicar el número del documento nacional de identidad (D.N.I) aunque este caducado. Si no lo posee, indicar expresamente : no lo tiene.*  
*Pour les espagnols, indiquer le numéro du Document National d'Identité ( D.N.I.), si l'intéressé n'a pas de document, indiquer expressément " Néant ". Pour les marocains indiquer le numéro de la Carte d'Identité Nationale (C.I.N. )*
- (3) *Estos datos son indispensables si la pension ha sido solicitada entera o parcialmente alegando invalidez motivada por una afecion de estos organos. / Ces renseignements sont indispensables si la pension a été sollicitée entièrement ou partiellement pour invalidité motivée par une affection de ces organes.*