

E 116

(1)

INFORME MÉDICO EN CASO DE INCAPACIDAD PARA EL TRABAJO (ENFERMEDAD, MATERNIDAD, ACCIDENTE DE TRABAJO, ENFERMEDAD PROFESIONAL)

Reglamento 1408/71: artículo 19.1.b; artículo 22.1.a.ii, 1.b.ii y 1.c.ii; artículo 25.1.b; artículo 52.b; artículo 55.1.a.ii, 1.b.ii y 1.c.ii

Reglamento 574/72: artículo 18.2 y 3; artículo 24; artículo 26.5 y 7; artículo 61.2 y 3; artículo 64; artículo 65.2 y 4

A cumplimentar por el médico de la institución que expide el formulario E 115; se adjuntará a este formulario y se enviará en sobre cerrado en caso de enfermedad o maternidad. Para Bélgica, deberá siempre dirigirse en primer lugar a la institución belga competente en materia de seguro de enfermedad (2). Para Liechtenstein, Noruega y Suecia, el formulario deberá ser cumplimentado por el médico al que acuda el interesado, y deberá ser verificado por la institución del seguro.

1 Institución competente destinataria

- 1.1 Denominación:
- 1.2 Dirección (2):
- 1.3 Referencia: nuestro formulario E 116 del:

2 Anexo al formulario E 115 del:

3 ☐ Trabajador asalariado ☐ Trabajador no asalariado ☐ Trabajador en desempleo

- 3.1 Apellido(s) (2bis):
- 3.2 Nombre Apellidos anteriores (2bis) Fecha de nacimiento
- 3.3 Dirección en el país de residencia o de estancia (2):
- 3.4 Número de identificación (3):

4 El abajo firmante, doctor en medicina, después de haber examinado a la persona mencionada anteriormente el estima

- 4.1 que se trata
☐ de un caso de enfermedad (3) ☐ de un caso de maternidad (fecha prevista del parto):
- 4.2 que se trata probablemente
☐ de un accidente de trabajo ☐ de una enfermedad profesional ☐ de un accidente
- 4.3 ☐ de una recaída o agravación

5 Se cumplimentará en todos los casos (especialmente en caso de accidente de trabajo)

5.1 Anamnesis y síntomas actuales

5.2 Examen clínico

5.3 Estado general: Peso: Talla: (4)

5.4 Otras comprobaciones

5.5 Exámenes técnicos (5)

5.6 Diagnóstico:

5.7 Conclusiones

5.8 ☐ El interesado no es considerado incapaz para el trabajo

5.9 ☐ El interesado es considerado incapaz para el trabajo a partir del hasta el

5.10 ☐ El interesado es considerado parcialmente incapaz para el trabajo en un % del hasta el (5bis)

5.11 ☐ El interesado será sometido a un nuevo control médico el:

5.12 ☐ El interesado está en disposición de trabajar a partir de:

Parte B: Informes en caso de accidente de trabajo

6 Primer informe médico

6.1 Este accidente ha producido las lesiones siguientes (6)

6.2 Estas lesiones ☐ han tenido ☐ tendrán las consecuencias siguientes (7)

6.3 La incapacidad para el trabajo ha comenzado el:

6.4 La víctima es atendida

☐ en su domicilio ☐ en la consulta del médico
☐ en el hospital ☐ en otro lugar

Dirección (2) (8):

7.1 El tratamiento ha finalizado el:

7.2 Las lesiones se han consolidado el día:

7.3 ☐ sin secuelas7.4 ☐ y tendrán probablemente las consecuencias siguientes

7.5 Descripción detallada del estado de la víctima después de la curación o al finalizar el tratamiento médico:

8 Institución del lugar de residencia o de estancia

8.1 Denominación:

8.2 Dirección (2):

8.3 Sello

8.4 Fecha:

8.5 Firma del médico

INSTRUCCIONES

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de tres páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse, aunque no contenga mención útil.

NOTAS

(*) Acuerdo EEE sobre el Espacio Económico Europeo, Anexo VI, Seguridad Social: en virtud de este Acuerdo, el presente formulario se aplicará igualmente a Islandia, Liechtenstein y Noruega.

(1) Sigla del país al que pertenece la institución de instrucción: B= Bélgica; DK = Dinamarca; D = República Federal de Alemania; GR = Grecia; E = España; F = Francia; IRL = Irlanda; I = Italia; L= Luxemburgo; NL = Países Bajos; A = Austria; P = Portugal; FIN = Finlandia; S = Suecia; GB = Reino Unido; IS = Islandia; FL = Liechtenstein; N= Noruega.

(2) Calle, número, código postal, localidad, país y número de teléfono.

(2bis) Para los nacionales españoles, indicar los dos apellidos de nacimiento. Para los nacionales portugueses, indicar todos los apellidos (apellidos, nombre, apellido de soltera) en el orden del registro civil, tal y como aparecen en el documento de identidad o el pasaporte.

(3) Para los nacionales italianos, indicar, si es posible, el número de afiliación y/o el "codice fiscale".

(4) Información que se facilitará en caso necesario.

(5) Indicar el tipo de examen y la fecha.

(5bis) Para las necesidades de la institución noruega.

(6) Indicar el tipo y naturaleza de las lesiones, la parte del cuerpo lesionada: fractura de brazo, contusión en la cabeza, en los dedos, lesiones internas, asfixia, etc.

(7) Indicar las consecuencias seguras o probables de las lesiones constatadas: defunción, incapacidad permanente o temporal, total o parcial; en caso de incapacidad temporal, precisar la duración.

(8) Si la víctima es atendida en el hospital, facilitar igualmente la denominación de éste.

(9) El formulario E 116 no es necesario cuando se soliciten prestaciones de maternidad a cargo de Bélgica.