

Formulario de Siniestro - VIDA

Declaración del Médico Asistente relativa a la Enfermedad Crítica / Trasplante / Alta complejidad

Este formulario debe ser completado por el médico que actualmente asiste y trata al Asegurado/Paciente.

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____

DNI/CUIL: _____

Ocupación actual: _____ ¿Desde cuándo? _____

Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfonos: (_____) _____ / (_____) _____

Datos del Médico Asistente

Apellido y Nombres: _____

Especialidad: _____

Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: (_____) _____ Celular: (_____) _____

Correo electrónico: _____

Nº de Matrícula Nacional: _____ Nº de Matrícula Provincial: _____

Declaración del Médico Asistente

1. Diagnóstico y gravedad de la enfermedad del Asegurado: _____

2. Fecha en la que el Asegurado conoció la enfermedad diagnosticada: _____

3. ¿Cuándo fue Ud. consultado por primera vez en relación con la enfermedad? _____

4. ¿Es Ud. el médico de cabecera habitual del Asegurado? SI NO

5. ¿A qué tratamiento se le ha sometido y que tipo de medicación recibe? _____

6. ¿Con qué frecuencia acude el Asegurado a su consulta, si es que lo hace? _____

7. ¿Tiene conocimiento de algún hallazgo en el historial previo del Asegurado que pueda posiblemente estar conectado con la enfermedad que padece? _____

8. ¿Qué limitaciones tiene el Asegurado en la actualidad -físicas y/o psíquicas-? _____

9. En caso de enfermedades del corazón, le rogamos que indique:

a. Historial de dolores torácicos: _____

b. Nuevos Cambios del ECG: _____

c. Evaluación de las enzimas cardíacas: _____

10. En caso de cirugía arterio-coronaria le rogamos que indique detalles en cuanto a la intervención efectuada: _____

11. En caso de derrame o hemorragia e infartos cerebrales, le rogamos que indique detalles en cuanto a:

a. Cualquier secuela neurológica con una duración de más de 24 hs.: _____

b. ¿Ha habido infarto cerebral, hemorragia o embolia provocados por una fuente extracraneal? SI NO

c. Le rogamos aporte pruebas del déficit neurológico actual: _____

12. En caso de cáncer, describalo en detalle, incluyendo extensión, si es progresivo: _____

13. ¿Tipo de trasplante?: _____

14. ¿Cuál fue la enfermedad que originó la necesidad del trasplante? Indique fecha de diagnóstico: _____

15. Fecha en la que se inscribió en la lista del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)
___ / ___ / _____

Antecedentes Médicos

1. ¿Adjunta Historia Clínica? SI NO

2. ¿En poder de quién se encuentra? _____

Domicilio real: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

SERÍA DE GRAN AYUDA SI USTED NOS PUDIERA ENTREGAR INFORMES DE HOSPITAL, VALORACIÓN DE ECG, ANÁLISIS DE LABORATORIO E INFORMES HISTOLÓGICOS, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA PRUEBA O INFORMACIÓN QUE USTED PUEDA TENER.

Observaciones Adicionales:

| | | |
|-------------------------|--------------------------|---------------------|
| LUGAR | | |
| FECHA ___ / ___ / _____ | FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO | ACLARACIÓN DE FIRMA |