

(A SER LLENADO POR EL MÉDICO)

1. DATOS DEL ASEGURADO:

Apellidos:

Nombres:

2. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CIE 10:

3. NATURALEZA Y EXTENSIÓN DE LAS LESIONES O ENFERMEDAD

4. ¿PROVIENE DE SU EMPLEO U OCUPACIÓN? (En caso afirmativo, explique)

Sí No Explique

5. ¿CORRESPONDEN A UN ACCIDENTE O A UNA ENFERMEDAD?

Accidente Explique

Enfermedad Explique

6. INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN RECIBIDA

a. ¿Cuándo atendió por primera vez al paciente? Fecha

dd / mm / aaaa

b. Indique enfermedades o accidentes sufridos anteriormente:

Fecha

dd / mm / aaaa

dd / mm / aaaa

c. ¿Si el Asegurado ha sido sometido a intervención quirúrgica fue debido a enfermedad o accidente? (describa resultados)

d. ¿Requiere de otros tratamientos quirúrgicos?

e. ¿Permanece aún el paciente bajo su control? (Si es negativo, indique cuando terminaron sus servicios)

SÍ NO

f. Indique hasta cuándo el paciente debe estar recluso en cama, hospital, o casa, por causa directa de este evento.

g. Otros:

Declaro formalmente obrando con entero conocimiento y absoluta buena fe, que todas las afirmaciones y datos que he consignado al llenar este formulario responden íntegramente a la verdad, sin aumentar, disminuir, ocultar o tergiversar circunstancias que pueden afectar la verdadera apreciación de los hechos.

LUGAR Y FECHA:

NOMBRE DEL MÉDICO:

C.I.:

DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO:

TELÉFONO:

CELULAR:

REGISTRO MÉDICO #

E-MAIL:

CIUDAD:

Firma del médico