

INFORME MEDICO POR ACCIDENTE

Estimado(a) Doctor(a):

Su paciente tiene un Seguro vigente en nuestra Compañía. Con la finalidad de resolver el siniestro que ha sufrido, le solicitamos a usted complete el formulario de Informe Médico adjunto.

El asegurado nos ha autorizado para que podamos solicitarle cualquier información necesaria.

Los antecedentes que Ud. nos facilite serán tratados con estricta confidencialidad.

Nombre del Paciente:	R.U.T.:
----------------------	---------

IDENTIFICACION DEL MEDICO

Nombre:	R.U.T.:
Especialidad:	R.C.M.:
Domicilio:	Fono(s):

¿Es Ud. El médico de cabecera del paciente?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	¿Desde cuándo? _____
¿Fue el paciente referido por otro médico?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
Nombre: _____	Especialidad: _____		
Fecha: ____ / ____ / ____	Motivo: _____		

COMPLETE EN CASO DE ACCIDENTE

Fecha Accidente: ____ / ____ / ____	Diagnóstico: _____	
¿Corresponden las lesiones al accidente sufrido por el paciente?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Descripción de las lesiones: _____		

Fecha primera consulta por causa del accidente: ____ / ____ / ____		
¿Lo ha consultado el paciente con anterioridad?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Fecha: ____ / ____ / ____	Motivo: _____	
Breve historia clínica y métodos de diagnósticos empleados. Detalle fechas y resultados de estos:		

Tratamientos médicos/quirúrgicos realizados:		

¿Tiene el paciente alguna limitación en la actualidad?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Descripción: _____		
¿Tiene el paciente alguna Secuela definitiva derivada del accidente?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Descripción. _____		

Fecha del Informe : ____ / ____ / ____

Firma Médico _____