

INFORME MEDICO POR ENFERMEDAD

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 siguiente Informe Médico.

El asegurado en su oportunidad, nos ha autorizado a solicitar 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 ___ Si ___	¿Desde cuándo? _____
¿Fue el paciente referido por otro médico?	No ___ Si ___	
Nombre: _____	Especialidad: _____	
Fecha: ___ / ___ / ___	Motivo: _____	

Diagnóstico Principal: _____
Fecha diagnóstico inicial: ___ / ___ / ___
Fecha exacta en que el paciente consultó por primera vez a causa de esta enfermedad: ___ / ___ / ___
¿Había padecido el paciente algún episodio anterior o cualquier afección relacionada con ello? No ___ Si ___
Fecha: ___ / ___ / ___ Motivo: _____
Fecha en que se le informó al paciente el diagnóstico: ___ / ___ / ___
Patología concomitante: No ___ Si ___
¿Cuál?: _____ Fecha exacta diagnóstico: ___ / ___ / ___
Breve historia clínica y métodos de diagnóstico empleados (exámenes de laboratorio, imageneología, endoscópico, anatomopatológico, citológico). Detalle fechas y resultados de éstos: _____ _____ _____ _____ _____
Tratamientos médicos / quirúrgicos realizados: _____ _____ _____
Evolución y pronóstico: _____ _____

Fecha del Informe: ___ / ___ / ___

Firma Médico: _____