

IMPORTANTE: Este certificado debe ser llenado por el Médico que actualmente asiste y trata al Asegurado/Paciente. No debe ser llenado por ningún médico examinador de la compañía que esté actuando como médico particular del Asegurado/Paciente.

Datos del Asegurado:

Apellido y Nombres: _____ D.N.I.: _____

N° de Póliza: _____ N° de Certificado: _____

Datos del Médico Asistente

Apellido y Nombres: _____

Universidad en que se graduó: _____ Número de Matrícula: _____

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto.: _____ C.P. _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Declaración del Médico Asistente:

- Declaración:
 - Diagnóstico e Importancia de la actual enfermedad o lesión
 - ¿En qué fecha fue Ud. consultado por primera vez respecto de la lesión o enfermedad descrita?
 - ¿Desde cuándo según su conocimiento existía esta afección?
- ¿Ya se encontraba el paciente en esa fecha con incapacidad laboral?
- Nombre, Dirección y Teléfono de los médicos que lo hayan asistido desde el principio de la enfermedad.
- ¿En qué fecha le practicó Ud. la última atención y/o curación?
- ¿Durante qué período lo atendió Ud. por su lesión o enfermedad? ¿Cuántas visitas fueron en la casa?
- Sírvase indicar la naturaleza de la lesión o enfermedad que originó la incapacidad de su diagnóstico definitivo.
- ¿Cuáles fueron las primeras manifestaciones o síntomas? ¿En qué fechas?
- El paciente ¿Ha estado hospitalizado?. En caso afirmativo favor indicar Nombre, Dirección y Teléfono del establecimiento asistencial (Hospital / Nosocomio / Clínica) en que fue internado.
- Hallazgos Objetivos: Por favor adjunte a esta Declaración copia de las radiografías, ECG, datos de laboratorio e información clínica. En el caso que no sea factible el envío, sírvase detallarlos, incluyendo sus resultados y fechas de realización.
- En caso de que el paciente no haya reanudado sus tareas, sírvase indicar los principales síntomas, secuelas o taras actuales.

Firmada en, _____ el día _____ de _____ de 20 _____

| | | |
|--------------------------|------------------------|--------|
| | | |
| Firma y Sello del Médico | Aclaración de la Firma | D.N.I. |

Esta declaración deberá ser cumplimentada en su totalidad, en las hojas 1 y 2 que la componen, con la debida firma del Médico Asistente en ambas.

Por favor complete el formulario, fírmelo y remítalo a **Galicia Seguros:**
Maipú 241 (C1084ABE) - Capital Federal

Declaración del Médico Asistente - Continuación

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____ D.N.I.: _____

- | | |
|---|--|
| <p>11. ¿Hay algún tratamiento clínico y/o uso de artificios de técnica (prótesis, ortesis, bastones, etc.) que pueda mejorar el estado actual del paciente viabilizando la realización de su trabajo actual u otro determinado?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>12. ¿Ha sido el paciente informado de esta posibilidad?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>13. En el caso de no querer el paciente realizarlo, ¿cuáles han sido sus motivos?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>14. Por cuánto tiempo deberá permanecer en su casa debido a su lesión o enfermedad?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>15. Si no está recluso en casa ¿Por qué no puede reanudar su trabajo total o parcialmente?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | <p>16. ¿Está el paciente totalmente incapacitado para dedicarse a cualquier trabajo, ocupación o negocio? Si lo está: ¿desde qué fecha?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>17. Si está completamente incapacitado en la actualidad, ¿Será permanente tal incapacidad?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>18. Si la incapacidad no es permanente y definitiva, ¿por cuánto tiempo aproximadamente quedará incapacitado?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>19. ¿Puede tratarse favorablemente su dolencia mientras permanece en el trabajo, aunque sea parcialmente?. Si no, exprese razones.</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>20. En caso que haya recuperado la aptitud laboral, ¿a partir de cuándo?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>21. En caso de enfermedad neurológica y/o psiquiátrica: ¿está el paciente en dominio de su pensamiento, conserva su juicio y éste es suficiente, y está en condiciones de administrar sus bienes?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> |
|---|--|

Por favor indique la Capacidad Funcional, Deterioro Físico y Deterioro Mental que diagnostica para el paciente analizado, marcando con una cruz (X) en los cuadros adjuntos según las clases correspondientes:

Capacidad Funcional

- Clase 1 - Sin Limitaciones
- Clase 2 - Limitación Leve
- Clase 3 - Limitación marcada
- Clase 4 - Limitación Total

Deterioro Físico

- Clase 1 - Sin limitación en sus capacidades funcionales; capaz de desempeñar trabajo pesado sin restricciones
- Clase 2 - Actividad manual media
- Clase 3 - Leve limitación de las capacidades funcionales; capaz de desempeñar trabajo liviano
- Clase 4 - Limitación moderada de capacidades funcionales; capaz de realizar actividad de oficina / administrativa (sedentaria)
- Clase 5 - Limitación severa de las capacidades funcionales; incapaz de desempeñar una actividad mínima (sedentaria)

Deterioro Mental Por favor defina el estrés según corresponda al reclamante: _____

- Clase 1 - El paciente es capaz de desempeñarse bajo estrés e involucrarse en relaciones interpersonales (sin limitaciones)
- Clase 2 - El paciente es capaz de desempeñarse bajo la mayoría de las situaciones de estrés e involucrarse en la mayoría de las relaciones interpersonales (limitaciones leves)
- Clase 3 - El paciente es capaz de desempeñarse sólo bajo situaciones de estrés limitado, o sólo involucrarse en relaciones interpersonales limitadas (limitaciones moderadas)
- Clase 4 - El paciente es incapaz de desempeñarse bajo situaciones de estrés o involucrarse en relaciones interpersonales (limitaciones marcadas)
- Clase 5 - El paciente presenta una pérdida significativa de su capacidad de adaptación psicológica, fisiológica, personal y social (limitaciones graves)

DECLARO bajo juramento que todas las respuestas anteriores son completas, verdaderas y correctas.

Firmada en, _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Firma y Sello del Médico

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Esta declaración deberá ser cumplimentada en su totalidad, en las hojas 1 y 2 que la componen, con la debida firma del Médico Asistente en ambas.