

Este formulario debe ser completado por el Médico de Cabecera en caso de: **Enfermedad Crítica, Trasplante de Órganos, Alta complejidad, Diagnóstico de Sida y Contagio accidental de Sida.**

#### Datos del Asegurado

<b>N° de Póliza:</b>	<b>N° de Certificado:</b>
Apellido y Nombres del Asegurado: _____ D.N.I.: _____	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nac.: _____
Ocupación: _____	
Domicilio: Calle: _____	N°: _____ Piso: _____ Depto.: _____ C.P. _____
Localidad: _____	Provincia: _____ Teléfono: _____
Nombre y Domicilio de su Médico de Cabecera: _____	

<p>1. <b>Diagnóstico e Importancia de la enfermedad del Asegurado:</b></p> <p>-----</p> <p>2. <b>Fecha en la que el Asegurado se dio cuenta de la enfermedad:</b></p> <p>-----</p> <p>3. <b>¿Cuándo fue Ud. consultado por primera vez en relación con la enfermedad?</b></p> <p>-----</p> <p>4. <b>¿Es Ud. el médico de cabecera habitual del Asegurado?</b></p> <p>-----</p> <p>5. <b>¿A qué tratamiento se le ha sometido y qué tipo de medicación recibe?</b></p> <p>-----</p> <p>6. <b>¿Con qué frecuencia acude el Asegurado a su consulta, si es que lo hace?</b></p> <p>-----</p> <p>7. <b>¿Tiene conocimiento de algún hallazgo en el historial previo del Asegurado que pueda posiblemente estar conectado con la enfermedad que padece?</b></p> <p>-----</p> <p>8. <b>¿Qué limitaciones tiene el Asegurado en la actualidad - físicas y psíquicas?</b></p> <p>-----</p> <p>9. <b>En caso de enfermedades del corazón, le rogamos que indique:</b></p> <p><b>a. Historial de dolores torácicos</b></p> <p>-----</p> <p><b>b. Nuevos cambios de ECG</b></p> <p>-----</p> <p><b>c. Evaluación de las enzimas cardíacas</b></p> <p>-----</p> <p>10. <b>En caso de cirugía arterio-coronaria, le rogamos que indique detalles en cuanto a la intervención efectuada:</b></p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>11. <b>En caso de derrame o hemorragia e infartos cerebrales, le rogamos que indique detalles en cuanto a:</b></p> <p><b>a. Cualquier secuela neurológica con una duración de más de 24 horas:</b></p> <p>-----</p> <p><b>b. ¿Ha habido infarto cerebral, hemorragia o embolia provocados por una fuente extracraneal?</b></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><b>c. Le rogamos aporte pruebas del déficit neurológico actual</b></p> <p>-----</p> <p>12. <b>En caso de cáncer, describalo en detalle, incluyendo extensión, si es progresivo.</b></p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>13. <b>En el caso de Incapacidad Total: ¿desde cuándo está totalmente incapacitado?</b></p> <p>Por favor indique fecha:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>14. <b>¿Será permanente esa incapacidad?</b></p> <p>-----</p> <p>15. <b>¿Existe algún tratamiento que le permita recuperar capacidad?. En caso afirmativo: ¿Cuál?</b></p> <p>-----</p> <p>16. <b>En caso de que haya recuperado la aptitud laboral, necesitamos su certificación.</b></p> <p>-----</p> <p>-----</p>
---	---

Sería de una gran ayuda si usted nos pudiera entregar informes de hospital, valoración de ECG, análisis de laboratorio e informes histológicos, así como cualquier otra prueba que pueda usted tener.

Firmada en, \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Médico	Aclaración de la Firma	D.N.I.	
Dirección	Localidad	C.P.	Teléfono