

## Formulario de Siniestro - VIDA

Declaración del Médico Asistente relativa a la Enfermedad Crítica / Trasplante / Alta complejidad

Este formulario debe ser completado por el médico que actualmente asiste y trata al Asegurado/Paciente.

### Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

DNI/CUIL: \_\_\_\_\_

Ocupación actual: \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfonos: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ / ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

### Datos del Médico Asistente

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nº de Matrícula Nacional: \_\_\_\_\_ Nº de Matrícula Provincial: \_\_\_\_\_

### Declaración del Médico Asistente

1. Diagnóstico y gravedad de la enfermedad del Asegurado: \_\_\_\_\_
2. Fecha en la que el Asegurado conoció la enfermedad diagnosticada: \_\_\_\_\_
3. ¿Cuándo fue Ud. consultado por primera vez en relación con la enfermedad? \_\_\_\_\_
4. ¿Es Ud. el médico de cabecera habitual del Asegurado? SI  NO
5. ¿A qué tratamiento se le ha sometido y que tipo de medicación recibe? \_\_\_\_\_
6. ¿Con qué frecuencia acude el Asegurado a su consulta, si es que lo hace? \_\_\_\_\_
7. ¿Tiene conocimiento de algún hallazgo en el historial previo del Asegurado que pueda posiblemente estar conectado con la enfermedad que padece? \_\_\_\_\_
8. ¿Qué limitaciones tiene el Asegurado en la actualidad -físicas y/o psíquicas-? \_\_\_\_\_
9. En caso de enfermedades del corazón, le rogamos que indique:
  - a. Historial de dolores torácicos: \_\_\_\_\_
  - b. Nuevos Cambios del ECG: \_\_\_\_\_
  - c. Evaluación de las enzimas cardíacas: \_\_\_\_\_
10. En caso de cirugía arterio-coronaria le rogamos que indique detalles en cuanto a la intervención efectuada: \_\_\_\_\_
11. En caso de derrame o hemorragia e infartos cerebrales, le rogamos que indique detalles en cuanto a:
  - a. Cualquier secuela neurológica con una duración de más de 24 hs.: \_\_\_\_\_
  - b. ¿Ha habido infarto cerebral, hemorragia o embolia provocados por una fuente extracraneal? SI  NO
  - c. Le rogamos aporte pruebas del déficit neurológico actual: \_\_\_\_\_

12. En caso de cáncer, describalo en detalle, incluyendo extensión, si es progresivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. ¿Tipo de trasplante?: \_\_\_\_\_

14. ¿Cuál fue la enfermedad que originó la necesidad del trasplante? Indique fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Fecha en la que se inscribió en la lista del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)  
\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Antecedentes Médicos

1. ¿Adjunta Historia Clínica? SI  NO

2. ¿En poder de quién se encuentra? \_\_\_\_\_

Domicilio real: Calle: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

SERÍA DE GRAN AYUDA SI USTED NOS PUDIERA ENTREGAR INFORMES DE HOSPITAL, VALORACIÓN DE ECG, ANÁLISIS DE LABORATORIO E INFORMES HISTOLÓGICOS, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA PRUEBA O INFORMACIÓN QUE USTED PUEDA TENER.

### Observaciones Adicionales:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LUGAR		
FECHA ___ / ___ / _____	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO	ACLARACIÓN DE FIRMA