

INFORME MÉDICO TRATANTE I.M.T

Estimado Dr.

Hemos recibido una solicitud de seguro, del Sr.(a).: _____

C.I. N°: _____ quien declara estar siendo tratado(a) por Ud. Agradeceremos nos de a conocer los detalles de la enfermedad o padecimiento de su paciente.

Contar con su valiosa información, será de utilidad para evaluar en forma correcta y justa la solicitud de seguro presentado por su paciente, la información detallada en este documento será tratada con carácter de confidencial y bajo secreto profesional, si así Ud. lo estima.

1. Es Usted el médico que controla al paciente en forma:

Es Usted el médico que controla al paciente en forma:

Habitual desde: _____ Ocasional _____ Primera consulta

2. Motivo de la consulta:

Control Tratamiento Recidiva

3. Estatura: _____ Peso: _____ Presión Arterial: _____ / _____

4. Favor consignar diagnóstico médico y detallar causa y duración de la o las enfermedades.

5. Marque el método de diagnóstico empleado, indicando resultado, hallazgo clínico y fecha.

EXAMEN	RESULTADO		DETALLE HALLAZGO CLINICO	FECHA
Análisis de Orina	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
Análisis de Sangre	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
E.C.G. Reposo	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
E.C.G. Esfuerzo	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
R.N.M. o T.A.C.	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
Endoscopia	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
Biopsia	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
Otros:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		

6. Estado actual de la enfermedad

a) ¿Está actualmente en tratamiento? Sí No

Especifique cuál y por cuánto tiempo?

INFORME MÉDICO TRATANTE I.M.T



b) ¿Fue dado de alta? Sí No Fecha: _____

Especifique si hay patología concomitante o asociada, nombre y tratamiento.

c) ¿Fue sometido a Intervención Quirúrgica? Sí No Fecha: _____

d) ¿Tiene prevista alguna hospitalización Sí No Fecha: _____

Por favor, proporcione detalles:

7. ¿Considera Ud. que el paciente está bajo control médico regular? Sí No

8. ¿Tiene alguna limitación funcional? Sí No

9. ¿Cuál es el pronóstico y evolución de la enfermedad? Sí No

10. ¿Es probable la existencia de una discapacidad física o psíquica? Sí No

11. Proporcione antecedentes mórbidos relevantes actuales y remotos

Antecedentes del Médico Tratante:

Nombre: _____ Especialidad: _____

R.C.M.: _____ Firma: _____ Fecha: ____/____/____