



INFORME MÉDICO TRATANTE

AVDA. EL BOSQUE SUR 180 • LAS CONDES, SANTIAGO • Call Center: 600 221 3000 • www.consorcio.cl

N° Propuesta / Póliza: _____

Estimado(a) doctor(a): Esta Compañía se encuentra facultada, tanto por la Ley y por el Propuesto Asegurado, para requerir los antecedentes clínicos necesarios para la evaluación de la solicitud de Seguro de Vida. Por lo anterior, le agradecemos conterstar lo siguiente:

Nombre y Apellido del paciente: _____

Estatura: _____ cm. Peso: _____ kg. Presión Arterial: _____ / _____

Fumador: Sí No Cantidad Diaria: _____

Ex Fumador: Sí No ¿Cuánto hace que dejó de fumar?: _____

¿Cuánto fumaba diariamente?: _____

Fecha de la última consulta médica: _____ / _____ / _____

Motivo de la última consulta médica: Control Tratamiento Recidiva

Diagnóstico(s):

Fecha del diagnóstico: _____ / _____ / _____

Estados Mórbidos Concomitantes:

Breve historia de su patología:

Exámenes realizados:	Resultados (Normal / Anormal):	Fechas:
Orina completa	_____	_____
Perfil bioquímico	_____	_____
Perfil lipídico	_____	_____
ECG reposo	_____	_____
ECG esfuerzo	_____	_____
Rx de tórax	_____	_____
RNM o TAC	_____	_____
Endoscopia	_____	_____
Biopsia	_____	_____
Otros exámenes. Especifique:		
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Tratamiento Actual Pasado Con fármacos

Por favor, brindar más detalles (fármacos, dosis diaria, otros) e indicar fechas de inicio y fin de tratamiento:

Hospitalizaciones ¿Fue hospitalizado? Sí No ¿Hospitalización prevista? Sí No

Por favor, detallar e indicar fechas:

Estado Actual y Pronóstico Sano Aún en tratamiento Con secuelas

Por favor, especificar:

Observaciones:

Se deja expresa constancia que la información que sea proporcionada, para la presente evaluación, está constituida por datos sensibles de salud, siendo obligada su protección, por parte de la Compañía conforme a lo dispuesto en la Ley 19.628 y el Código Sanitario.

Asimismo, al firmar el presente documento, el suscriptor da fe de la veracidad de la información proporcionada a la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. y ésta se reserva el derecho de validarla en otras instancias.

Nombre y RUT del Médico Tratante: _____

Especialidad: _____

Fecha:

--	--	--

Firma y Timbre del Médico: _____