

<b>Nombre y apellido:</b> _____	<b>Documento:</b> _____	<b>Póliza N°:</b> _____	
---------------------------------	-------------------------	-------------------------	--

*Esta declaración debe ser completada de PUÑO Y LETRA por el Médico Asistente. Se deben contestar todos los campos de datos solicitados en LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE, con la mayor claridad y amplitud posible.*

### Declaración del Médico Asistente

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

Documento:  DNI  LC  LE  Pasaporte Nro. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

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

Teléfono del consultorio: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

*¿Cuáles fueron las principales razones por las cuales Ud. lo atendió y que enfermedades detectó? Indicar fechas y diagnósticos.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*¿Cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? (Indique la fecha)* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*¿A qué fecha podría remontarse la enfermedad?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Antecedentes Médicos

¿Adjunta Historia Clínica?  Sí  No

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

Razón Social: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Observaciones Adicionales:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma y Aclaración del Médico

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_

Póliza N°: \_\_\_\_\_

### Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

Fecha/s de inicio de la/s enfermedad/es que origina/ron la incapacidad: \_\_\_\_\_

Indique que patología tiene la mayor Jerarquía Invalidante: \_\_\_\_\_

Indique que porcentaje de invalidez : \_\_\_\_\_

Enumere los signos positivos (semiología clínica o psiquiátrica) en que sustenta su Diagnóstico y la ponderación de la incapacidad:

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

Enumere los estudios complementarios efectuados y los resultados en que respalda sus conclusiones (adjuntar copias):

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

Desde que fecha aproximadamente presenta dicho grado de invalidez: \_\_\_\_\_

Patologías Asociadas	Porcentaje de Invalidez	Fecha de consolidación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

 ¿Se agotaron los recursos terapéuticos en las patologías que presenta el afiliado?  Sí  No

Según su opinión, ¿qué tratamientos faltaron efectuar? \_\_\_\_\_

Según su opinión, ¿Cuál es el pronóstico luego de la implementación de los mismos? \_\_\_\_\_

Indique si influyó en la enfermedad o accidente, directa o indirectamente.

 el abuso de drogas, alcohol o psicofármacos   
  el desempeño de su actividad laboral   
  la práctica de algún deporte   
  autoagresión

Explique: \_\_\_\_\_

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

La sumatoria de incapacidades (método de la capacidad restante), en la actualidad, según su opinión constituyen:

 Incapacidad total y permanente: \_\_\_\_\_%   
  Incapacidad parcial y permanente: \_\_\_\_\_%

 Incapacidad total y provisoria: \_\_\_\_\_%   
  Incapacidad parcial y provisoria: \_\_\_\_\_%

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma y Aclaración del Médico \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_

Póliza N°: \_\_\_\_\_

**Invalidez Total/Parcial y Permanente por Accidente**Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Tipo:  De tránsito  Laboral  Doméstico Otro: \_\_\_\_\_

Describa el mecanismo de producción: \_\_\_\_\_

¿El accidente fue ajeno a la voluntad del Asegurado?  Sí  No¿Requirió internación?  Sí  No Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

¿En que institución? \_\_\_\_\_

Enumere las lesiones sufridas: \_\_\_\_\_

Dichas lesiones ¿fueron consecuencia directa del accidente?  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_

Enumere los estudios efectuados: \_\_\_\_\_

Enumere los tratamientos instituidos: \_\_\_\_\_

¿Concluyó los mismos?  Sí  No ¿Debe continuarlos?  Sí  No ¿En que fecha? \_\_\_\_\_

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Se dió de alta?  Sí  No Curó:  Sin secuelas  Con secuelas ¿Cuáles? \_\_\_\_\_¿Sufrió amputaciones o pérdidas orgánicas?  Sí  No ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Qué porcentaje de invalidez corresponde a las secuelas? \_\_\_\_\_

Indique si influyó en la enfermedad o accidente, directa o indirectamente.

 el abuso de drogas, alcohol o psicofármacos  el desempeño de su actividad laboral  la práctica de algún deporte  autoagresión

Explique: \_\_\_\_\_

Conforme lo establecido en el Art. 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma y Aclaración del Médico \_\_\_\_\_