



## INFORME MÉDICO SOBRE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

**Importante:**

Este formulario debe ser completado en su totalidad por el Médico que actualmente asiste y trata al Asegurado. No habiendo tomado conocimiento de alguna de las respuestas solicitadas, debe llenar el casillero respectivo con la leyenda "DESCONOZCO".

Apellido y Nombre del Asegurado: .....  
Domicilio del Asegurado: ..... Tel.: .....  
Póliza N° ..... Certificado N° .....

Estos datos deben ser comprobados por el médico:

Documento Tipo ..... N° ..... CUIT/CUIL/CDI N° .....  
Fecha de Nacimiento: ...../...../..... Lugar de Nacimiento: .....  
Estatura: .....cms. Peso: .....Kgs.

1. ¿Cuál es la naturaleza de la enfermedad o lesión que causó la actual incapacidad del Asegurado? .....
2. ¿En qué fecha ocurrió el accidente o se inició la enfermedad que causó la actual incapacidad del Asegurado? Día..... Mes..... Año.....
3. ¿En qué fecha concurrió el Asegurado a trabajar por última vez?  
Día..... Mes..... Año.....
4. ¿Cuáles fueron sus primeras manifestaciones? .....
5. ¿Qué exámenes se realizaron al Asegurado? .....
6. ¿Cuál fue el tratamiento instituido? .....
7. ¿En qué fecha el Asegurado consultó al Médico por primera vez?  
Día..... Mes..... Año.....
8. ¿Dónde recibió el Asegurado atención médica por primera vez?  
Domicilio  Consultorio  Trabajo  (cruzar el cuadro correspondiente)
9. ¿En qué fecha recibió el Asegurado atención médica por última vez o se le practicó la última cura? Día..... Mes..... Año.....
10. ¿Cuántas veces o con qué frecuencia fue tratado durante ese período?.....
11. ¿Por cuánto tiempo guardó cama y/o permaneció en la casa? .....
12. ¿Permanece aún en cama y/o en reposo? SI  NO
13. De no guardar cama y/o reposo; ¿por qué no reanuda sus tareas, aunque sea parcialmente? .....
14. ¿Cuáles son los principales síntomas, secuelas y signos actuales? .....



15. ¿Requiere el estado del Asegurado seguir tratamiento médico, guardar cama o permanecer en la casa? SI  NO
16. En caso afirmativo, ¿por qué causas? .....
17. ¿Está el Asegurado en este momento **totalmente incapacitado** para ejercer cualquier trabajo u ocupación remunerativa a consecuencia de su incapacidad?  
SI  NO
18. En caso afirmativo, ¿desde cuándo quedó imposibilitado? Día..... Mes..... Año.....
19. ¿Durante cuánto tiempo cree Usted que quedará incapacitado? .....
20. Si está parcialmente incapacitado, ¿Qué secuelas presenta y en qué porcentaje valora Usted dicha incapacidad? .....
21. ¿Podría el asegurado ser tratado adecuadamente si retomara parcialmente el trabajo?  
SI  NO
22. En caso negativo, ¿por qué motivos? .....
23. Está usted convencido de que la incapacidad será TOTAL Y PERMANENTE de manera definitiva para ejercer cualquier ocupación remunerativa?  
SI  NO
24. En caso afirmativo, ¿por qué motivos? .....
25. Sírvase indicar nombre, domicilio y teléfono de otros médicos que hayan asistido y/o examinado al Asegurado:

Médico..... Médico.....  
Domicilio..... Domicilio.....  
Teléfono..... Teléfono.....

OBSERVACIONES DEL MEDICO .....

Lugar y fecha: .....

\_\_\_\_\_  
Apellido y nombre del médico

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Domicilio y Tel. del Médico

\_\_\_\_\_  
Sello y N° de Matrícula

Nota: Agradecemos remitirnos con cargo de devolución, la documentación obtenida en el estudio de nuestro Asegurado (**radiografías, protocolos de análisis, electrocardiogramas, etc.**).