



INFORME MEDICO DE DIAGNOSTICO PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

Advertencia importante: este informe debe ser devuelto directamente a CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. ("CNP"), la cual tratará esta información con carácter estrictamente confidencial y se encuentra expresamente autorizada por el Autorizado para solicitar la misma.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido:

Fecha de Nacimiento:/...../..... Lugar de Nacimiento:

Domicilio: Teléfono:

DNI/LE/LC/CI N°.....CUIT/CUIL/CDI N°.....

DETALLES DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

1. Naturaleza y relevancia de la enfermedad

.....

2. Fecha en que el Asegurado comenzó con síntomas de su enfermedad

.....

3. ¿Cuándo le consultó a usted por primera vez en relación con la enfermedad?

.....

4. ¿Es usted Médico de cabecera habitual del Asegurado?

.....

5. ¿A qué tratamiento se ha sometido y qué tipo de medicación recibe?

.....

6. ¿Con qué frecuencia acude el Asegurado a su consulta, si es que lo hace?

.....

7. ¿Tiene conocimiento de algún antecedente en el historial del Asegurado que pueda estar conectado con la enfermedad que posee? ¿Cuál?

.....

8. ¿Cuál es el estado actual del Asegurado?

.....

Adjuntar fotocopia de **HISTORIA CLINICA**.

9. Para el caso de diagnóstico de **CANCER** agradeceremos indique:

a. Diagnóstico:

b. Fecha del diagnóstico:/...../.....

c. Qué órgano o sistema esta afectado?

d. Invasión local: SI NO

e. Metástasis: SI NO regionales distantes

ganglios linfáticos SI NO órganos distantes SI NO

f. Clasificación TNM FIGO AJCC

g. Grado histológico

h. En caso de cirugía indicar: Fecha:/...../.....

Finalidad: diagnóstica curativa paliativa

Resultado:



i. Tratamientos:

- Radioterapia: SI NO
- preoperatoria curativa paliativa interrumpida completada
- Quimioterapia SI NO Número de ciclos:
- Fármacos utilizados:
-
- Terapia hormonal SI NO Fármacos utilizados:
-

j. Evolución: Remisión completa recidivas complicaciones

Adjuntar fotocopia de HISTORIA CLINICA, estudios diagnósticos y biopsia diagnóstica.

10. Para el caso de **HEMODIALISIS RENAL CRONICA AMBULATORIA**, indique:

- a. Resultado de los estudios de histocompatibilidad:
-
- b. Nº de inscripción en el INCUCAI:
- c. CLEARENCE de Creatinina:

Adjuntar fotocopia de HISTORIA CLINICA y estudios puntos a), b) y c).

11. Para el caso de **INTERVENCIONES QUIRURGICAS** agradeceremos indique:

- a. Nombre de la intervención realizada:
-
- b. Código de referencias según Nomenclador Nacional Prestaciones Médicas/Sanatoriales:
- c. Resultado:
- d. Diagnóstico anatomopatológico:
- e. Estado actual:

Adjuntar fotocopia HISTORIA CLINICA. Prescripción Médica, estudios diagnósticos, protocolo anatomopatológico y protocolo quirúrgico.

DATOS DEL MEDICO INFORMANTE

Firma y Sello Domicilio y Teléfono

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Firma y aclaración del Asegurado