BICE VIDA

INFORME MEDICO POR ENFERMEDAD

Estimado(a) Doctor(a):
Su paciente tiene un Seguro vigente en nuestra Compañía. Con la finalidad de resolver el siniestro que ha sufrido, le solicitamos a usted complete el siguiente Informe Médico.
El asegurado en su oportunidad, nos ha autorizado a solicitar cualquier información necesaria.
Los antecedentes que Ud. nos facilite serán tratados con estricta confidencialidad.

Nombre del Paciente:	R.U.T.:

IDENTIFICACION DEL MEDICO

Nombre:	R.U.T.:
Especialidad:	R.C.M:
Domicilio:	Fono(s):

¿Es Ud. El médico de cabecera del paciente? No____ Si____ ¿Desde cuándo? _____
¿Fue el paciente referido por otro médico? No____ Si____
Nombre: _____ Especialidad: _____
Fecha: ____ /____ /____ Motivo: _____

Diagnóstico Principal: _____
Fecha diagnóstico inicial: ____ /____ /____
Fecha exacta en que el paciente consultó por primera vez a causa de esta enfermedad: ____ /____ /____
¿Había padecido el paciente algún episodio anterior o cualquier afección relacionada con ello? No____ Si____
Fecha: ____ /____ /____ Motivo: _____
Fecha en que se le informó al paciente el diagnóstico: ____/ ____ /____
Patología concomitante: No ____ Si ____
¿Cuál?: _____ **Fecha exacta diagnóstico:**____/ ____/ ____

Breve historia clínica y métodos de diagnóstico empleados (exámenes de laboratorio, imageneología, endoscópico, anatomopatológico, citológico). Detalle fechas y resultados de éstos:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Tratamientos médicos / quirúrgicos realizados:

_____
_____
_____

Evolución y pronóstico:

_____

Fecha del Informe: ____ /____ /____ **Firma Médico:** _____