BICE VIDA

INFORME MEDICO POR ACCIDENTE

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 formulario de Informe Médico adjunto.
El asegurado nos ha autorizado para que podamos solicitarle 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: _____

COMPLETE EN CASO DE ACCIDENTE

Fecha Accidente: ___/___/___ **Diagnóstico:** _____
¿Corresponden las lesiones al accidente sufrido por el paciente? No ___ Si ___
Descripción de las lesiones: _____

Fecha primera consulta por causa del accidente: ___/___/___
¿Lo ha consultado el paciente con anterioridad? No ___ Si ___
Fecha: ___/___/___ Motivo: _____
Breve historia clínica y métodos de diagnósticos empleados. Detalle fechas y resultados de estos:

Tratamientos **médicos/quirúrgicos** realizados:

¿Tiene el paciente alguna limitación en la actualidad? No ___ Si ___
Descripción: _____
¿Tiene el paciente alguna Secuela definitiva derivada del accidente? No ___ Si ___
Descripción. _____

Fecha del Informe : ___/___/___ Firma Médico _____