BICE VIDA

INFORME MEDICO POR ENFERMEDAD GRAVE -INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

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.

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre:	R.U.T

2. IDENTIFICACION DEL MEDICO

Nombre:	R.U.T
Especialidad:	R.C.M:
Domicilio:	Comuna:
Teléfono comercial:	Teléfono particular: Celular:

¿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:

Informar Recintos Hospitalarios y/o Clínicas donde fue atendido el paciente:

Asegurado afiliado a: FONASA ◯ ISAPRE ◯ (Nombre) ◯ Otro (Nombre)

Diagnóstico Principal:

Fecha diagnóstico inicial: Fecha en que se informó el diagnóstico al paciente:

Fecha exacta en que el paciente consultó por primera vez a causa de esta enfermedad:

Había padecido el paciente algún episodio similar o afección anterior relacionada con ello: No ◯ Sí ◯ Fecha:

¿Cuáles?

El paciente, tiene antecedentes de:

Patología	Diagnóstico Inicial	Tratamiento	Médico Tratante o Centro Médico
Hipertensión Arterial			
Diabetes Mellitus			

Otras patologías concomitantes relacionadas con diagnóstico principal: No ◯ Sí ◯ ¿Cuáles?

Patología	Diagnóstico Inicial	Tratamiento	Médico Tratante o Centro Médico

Exámenes que comprobaron el diagnóstico de Infarto Agudo al Miocardio:

Tipo	Fecha	Resultado
Electrocardiograma		
Enzimas Cardiacas		
Coronario-Angiografía		
Otro:		
Otro:		

Describa cuadro clínico del paciente previo a su diagnóstico. Detalle fechas y otros exámenes realizados:

Informar tratamientos médicos/quirúrgicos realizados o por realizar. Indicar fechas:

◯ Trombolisis / Fecha: ◯ Angioplastía / Fecha: ◯ Revascularización Miocárdica / Fecha:

◯ Otros:

Evolución y pronóstico:

Fecha del Informe: Firma y Timbre Médico: _____