BICE VIDA

# INFORME MEDICO POR ENFERMEDAD GRAVE - DERRAME CEREBRAL

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 | | | |
| | | | |

Breve historia clínica y métodos de diagnósticos utilizados (exámenes de laboratorio, imagenologia, endoscopia, anatomopatológica). Detalle fechas y resultados de éstos:

¿Ha existido déficit neurológico sensitivo motor en extremidades superior/inferior y/o compromiso en órganos de los sentidos? No ◯ Sí ◯
Describir intensidad, evolución y pronóstico:

Informar Tratamientos médicos/quirúrgicos realizados y respuesta hasta la fecha:

Informar Estado Actual del cuadro neurológico en lo que se refiere a Conciencia, Compromiso Cognitivo, Déficit Sensitivo Motor y Ataxia, Compromiso en órgano de los sentidos.

Evolución y pronóstico:

Fecha del Informe: Firma y Timbre Médico: _____