BICE VIDA

INFORME MEDICO POR ENFERMEDAD GRAVE - CANCER

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:

Breve historia clínica y métodos diagnósticos. ¿Con qué exámenes se sospechó el diagnóstico? Detalle fechas y resultados de éstos:

¿Se realizó estudio histopatológico diagnóstico? No ◯ Sí ◯ Señalar tipo, resultado y fecha de realización:

En caso de no haber estudio histopatológico, indicar qué exámenes permitieron realizar el diagnóstico.

Indicar órganos o sistemas comprometidos y localización primaria:

¿Existen metástasis? No ◯ Sí ◯ Favor señalar ubicación de éstas:

¿El paciente presentó un diagnóstico de cáncer con anterioridad? No ◯ Sí ◯

En caso afirmativo, describa tipo de cáncer, órganos o sistemas comprometido y fecha en que lo presentó:

Otras Patologías Concomitantes	Diagnóstico Inicial			Tratamiento	Médico Tratante o Centro Médico

Informar Tratamientos médicos/quirúrgicos realizados, respuesta hasta la fecha y si son de tipo curativo o paliativo:

Evolución y pronóstico:

Fecha del Informe: Firma y Timbre Médico: _____