VIDA security

seguros vida security previsión s.a.
rut. 99.301.000-6

informe del médico tratante

nombre del asegurado	rut	nº propuesta
diagnóstico	fecha de diagnóstico _____/_____/_____	fecha de los 1eros síntomas _____/_____/_____
describa los exámenes realizados que fundamentan el diagnóstico y sus resultados		
describa tratamiento realizado, dosis diaria, duración y resultado final de éste		
fecha de último control médico _____/_____/_____	último control médico: exámenes practicados y resultados	

defina la condición actual de su paciente:	otras observaciones a la condición actual de su paciente:
☐ se encuentra de alta sin tratamiento actual ☐ se encuentra en control regular con o sin tratamiento ☐ se encuentra en tratamiento pero sin control regular	

¿ha requerido hospitalización por éste u otro diagnóstico? ¿cuál y por qué?		
¿conoce usted si padece de alguna otra enfermedad o esta tomando algún otro medicamento? ¿cuál y por qué?		
¿sabe ud. si será sometido a alguna cirugía próximamente? ¿ por qué diagnóstico?		
¿tiene riesgo de incapacidad por esta enfermedad su paciente?		peso y talla del paciente peso_____ (kg) talla_____ (cms)
nombre del médico	rut	nº icm
dirección de su consulta		teléfono

_____
firma y timbre del médico tratante

fecha de informe: _____/_____/_____