

# INFORME MÉDICO TRATANTE I.M.T

Estimado Dr.

Hemos recibido una solicitud de seguro, del Sr.(a).: \_\_\_\_\_

C.I. N°: \_\_\_\_\_ quien declara estar siendo tratado(a) por Ud. Agradeceremos nos de a conocer los detalles de la enfermedad o padecimiento de su paciente.

Contar con su valiosa información, será de utilidad para evaluar en forma correcta y justa la solicitud de seguro presentado por su paciente, la información detallada en este documento será tratada con carácter de confidencial y bajo secreto profesional, si así Ud. lo estima.

1. Es Usted el médico que controla al paciente en forma:

Es Usted el médico que controla al paciente en forma:

Habitual desde: \_\_\_\_\_  Ocasional \_\_\_\_\_  Primera consulta

2. Motivo de la consulta:

Control  Tratamiento  Recidiva

3. Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Presión Arterial: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

4. Favor consignar diagnóstico médico y detallar causa y duración de la o las enfermedades.

---

---

---

5. Marque el método de diagnóstico empleado, indicando resultado, hallazgo clínico y fecha.

EXAMEN	RESULTADO		DETALLE HALLAZGO CLINICO	FECHA
Análisis de Orina	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
Análisis de Sangre	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
E.C.G. Reposo	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
E.C.G. Esfuerzo	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
R.N.M. o T.A.C.	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
Endoscopia	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
Biopsia	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		
Otros:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado		

6. Estado actual de la enfermedad

a) ¿Está actualmente en tratamiento?  Sí  No

Especifique cuál y por cuánto tiempo?

---

---

---

# INFORME MÉDICO TRATANTE I.M.T

b) ¿Fue dado de alta?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_

Especifique si hay patología concomitante o asociada, nombre y tratamiento.

---

---

c) ¿Fue sometido a Intervención Quirúrgica?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_

d) ¿Tiene prevista alguna hospitalización  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, proporcione detalles:

---

---

7. ¿Considera Ud. que el paciente está bajo control médico regular?  Sí  No

---

8. ¿Tiene alguna limitación funcional?  Sí  No

---

9. ¿Cuál es el pronóstico y evolución de la enfermedad?  Sí  No

---

---

10. ¿Es probable la existencia de una discapacidad física o psíquica?  Sí  No

---

11. Proporcione antecedentes mórbidos relevantes actuales y remotos

---

---

## Antecedentes del Médico Tratante:

Nombre: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

R.C.M.: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_