

Declaración del médico asistente

Este cuestionario debe ser completado por el médico que asistió al asegurado, contestando con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas.

Póliza N°	Siniestro N°

Datos del asegurado

Apellidos y nombres: _____ Edad: _____
 DNI / CUIL: _____ Nacionalidad: _____ Fecha de nacimiento: / /

Declaración del médico asistente

Forma en que el accidentado refiere haber sufrido el accidente : _____

Sintomatología que refiere a causas del accidente : _____

Lesiones imputables al accidente : _____

Localización anatómica : _____

Especifique para la localización anatómica descripta:

Estado de la piel (cicatrices adherentes o no, dolorosas o indoloras, ulceradas de decúbitos, fistulas, etc.) : _____

Estado de los músculos (grafismo y tonicidad) : _____

Palpación (dolor, derrames articulares, hematomas, abscesos) : _____

Movilidad pasiva (rigidez, anquilosis, especifique los grados de movimiento) : _____

Movilidad activa (limitaciones, parálisis, disminución de fuerza, etc., especifique los grados de movimiento) : _____

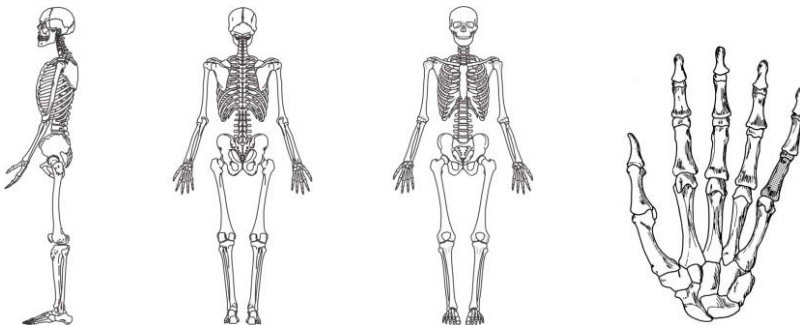
Las lesiones que presenta el Asegurado, ¿son definitivas o existen posibilidades de recuperación? : _____

Describa las posibles secuelas : _____

Curación practicada / Tratamiento descripto (incluir medicación recetada) : _____

Otros datos complementarios : _____

Se solicita al Médico asistente indicar en el esquema, el sitio de las lesiones.



Lugar y fecha	Apellido y nombre del Médico Asistente	Sello y firma del Médico Asistente