

**DECLARACION DE SINIESTROS
 INFORME MEDICO TRATANTE**

| |
|--------------------|
| USO PENTA VIDA |
| FECHA DE RECEPCION |
| Nº CASO |

DECLARACION MEDICA

ESTIMADO DOCTOR, Para permitir a nuestro paciente aprovechar los beneficios de su seguro, solicitamos completar los siguientes antecedentes

| | | |
|---------------------|------|------------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | EDAD | FECHA PRIMERA CONSULTA |
|---------------------|------|------------------------|

DIAGNOSTICO ACTUAL

CAUSA DE LA ENFERMEDAD

| | | |
|----------------------|--|-----------------------|
| FECHA DE DIAGNOSTICO | ¿ES USTED SU MEDICO HABITUAL? ¿DESDE CUÁNDO? | PACIENTE DERIVADO POR |
|----------------------|--|-----------------------|

TRATAMIENTO INDICADO

PATOLOGIAS ANTERIORES

| | |
|---------------------|------------------------------------|
| EXAMENES REALIZADOS | RESULTADOS DE EXAMENES PRACTICADOS |
|---------------------|------------------------------------|

| | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| PATOLOGIA REQUIRIO DE HOSPITALIZACION | PRONOSTICO DE LA ENFERMEDAD |
|---------------------------------------|-----------------------------|

| | | |
|------------|---------------|--------------|
| RUT MEDICO | NOMBRE MEDICO | ESPECIALIDAD |
|------------|---------------|--------------|

| | | |
|----------|-------|-------|
| TELEFONO | FECHA | FIRMA |
|----------|-------|-------|