

## INFORME MEDICO TRATANTE

Estimado doctor:

En virtud de la solicitud de pago del beneficio presentado por el:

Asegurado, Sr(a):

Rut:

Solicitamos a Usted, responder el siguiente cuestionario, en base a la ficha clínica del paciente.

1. Diagnostico principal actual.

2. Por favor indicar solo una de las alternativas, de acuerdo a análisis médicos que usted posee, el padecimiento del Paciente se debe a una causa (origen del padecimiento):

- A. Enfermedad degenerativa (sobreuso o desgaste del cuerpo)
- B. Traumático.

3. Indicar por favor la fecha del primer diagnóstico.

4. Por favor describir signos y síntomas que presenta su paciente a la fecha.

5. Detallar métodos de diagnóstico empleados (exámenes de laboratorio, radiológicos, etc.)

6. Describa el tratamiento indicado y duración de este.

7. **Confirmar que el padecimiento del paciente es solo por una de estas causas.** (encierre en un círculo).

- A. Enfermedad degenerativa (sobreuso o desgaste del cuerpo)
  
- B. Traumático, producto de un accidente \*1 , que si la persona no se hubiese accidentado no tendría los problemas que presenta hoy en día.

Nombre del médico:

RUT del médico:

Especialidad del médico:

Inscripción No Colegio:

Fecha de informe:

---

**FIRMA Y TIMBRE DEL MEDICO**

**1\* (TODO SUCESO IMPREVISTO, INVOLUNTARIO, REPENTINO Y FORTUITO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE AFECTE EL ORGANISMO DEL ASEGURADO PROVOCÁNDOLE LESIONES, QUE SE MANIFIESTEN POR HERIDAS VISIBLES O CONTUSIONES INTERNAS, INCLUYÉNDOSE ASIMISMO EL AHOGAMIENTO Y LA ASFIXIA, TORCEDURA Y DESGARRAMIENTOS PRODUCIDOS POR ESFUERZOS REPENTINOS, COMO TAMBIÉN ESTADOS SEPTICÉMICOS E INFECCIONES QUE SEAN LA CONSECUENCIA DE HERIDAS EXTERNAS E INVOLUNTARIAS Y HAYAN PENETRADO POR ELLAS AL ORGANISMO O BIEN SE HAYAN DESARROLLADO POR EFECTO DE CONTUSIONES)**