

RECLAMO DE INVALIDEZ

Cuestionario Médico

(Para ser llenado por el médico tratante del interesado)

Formulario N°4

CHILENA
CONSOLIDADA

Miembro de  Zurich Insurance Group

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____

1. HISTORIA

A) ¿Cuándo aparecieron los síntomas u ocurrió accidente? _____

B) Fecha en que el paciente dejó de trabajar por incapacidad _____

C) Nombre y Dirección de otros médicos tratantes o consultados por el paciente _____

D) Trato usted con anterioridad al enfermo. Señale fecha y causa _____

2. DIAGNOSTICO

A) Fecha de último examen _____

B) Diagnostico (incluir complicaciones) _____

C) Síntomas _____

D) Examen Físico (señale lo positivo) _____

E) Exámenes de laboratorio – RX y otros _____

3. Fecha de 1° visita _____ Frecuencia de cada visita _____

4. Resumen de tratamiento incluyendo cirugía _____

RECLAMO DE INVALIDEZ

Cuestionario Médico

(Para ser llenado por el médico tratante del interesado)

Formulario N°4

CHILENA
CONSOLIDADA

Miembro de  Zurich Insurance Group

5. EVOLUCION

A) El paciente ha presentado: Recuperación _____
Mejoría _____
Sin cambios _____
Retroceso _____

B) El Paciente se encuentra confinado en Cama _____
Casa _____
Hospital _____
Otro _____

C) Si se encuentra en Hospital señale nombre y dirección _____

D) Estado actual del paciente

Síntomas _____

Signos _____

Exámenes adicionales recientes _____

6.OBSERVACIONES

Nombre Médico _____
I.C.M.A.G. _____
Dirección _____

Firma _____

El paciente es responsable del desarrollo de este cuestionario sin gastos para la Compañía.

En caso de existir mayores antecedentes, adjuntar documentación a este formulario (Historial clínico, Radiografías, etc.)