



DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

**RECLAMACIÓN NÚMERO:
NÚMERO DE PÓLIZA:**

1. Nombre del Asegurado (Primero)_____ (Apellidos)_____ Fecha de nacimiento _____/_____/_____
Mes Día Año

2. Historia médica:

A. ¿Cuándo aparecieron los síntomas por primera vez/cuándo ocurrió el accidente? _____/_____/_____
Mes Día Año

Fecha en que el paciente dejó de trabajar debido a la incapacidad: _____/_____/_____
Mes Día Año

B. ¿Ha tenido el paciente alguna vez la misma condición o una condición similar? ☐ Sí ☐ No De ser Sí, diga cuándo y describa: _____

C. ¿Se debe la condición a una lesión o enfermedad que surge del empleo del paciente? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

D. ¿Se debe la condición a un embarazo? ☐ Sí ☐ No
De ser S, fecha estimada de concepción: _____/_____/_____
Mes Día Año

E. ¿Ha tratado usted a este individuo por cualquier otra condición(es)? ☐ Sí ☐ No De ser Sí, diga cuándo y describa: _____

F. ¿Ha completado usted formularios de reclamación para otra compañía de seguros? ☐ Sí ☐ No De ser Sí diga el nombre de la compañía de seguros: _____

G Nombre y dirección de otros médicos tratantes o consultantes (de no haber ninguno, escriba "ninguno"): _____

3. Diagnóstico:

A. Diagnóstico Primario _____

B. Diagnóstico Secundario (incluya complicaciones): _____

C. Síntomas Subjetivos: _____

D. Hallazgos Objetivos: Para que nos asista, le pedimos su cooperación enviándonos: los resultados de pruebas diagnósticas que ya se hayan efectuado, por ejemplo: electrocardiogramas, angiogramas, etc., para una condición del corazón; lecturas de capacidad vital para enfisema; radiografías por trastornos del sistema musculoesquelético y los resultados encontrados mediante el uso de otras técnicas clínicas. Para embarazo, describa cualquier complicación.

4. Fechas de tratamiento (incluya TODAS las fechas)

A. En consultorio: Fecha de primera visita: ____/____/____ Fechas adicionales:_____
Mes Día Año

B. ¿Ha sido el paciente hospitalizado? () Sí () No

De ser Sí, recluso del ____/____/____ al ____/____/____
Mes Día Año Mes Día Año

De ser Sí, nombre y dirección del hospital:_____

5. Naturaleza del tratamiento (incluya cirugía/medicamentos prescritos/terapia física, si hubiera):_____

6. Extensión de la incapacidad: ¿Ha sido el paciente dado de alta para reintegrarse a trabajar? () Sí () No

De ser Sí, diga la fecha: ____/____/____
Mes Día Año

7. Si el paciente no ha sido dado de alta para reintegrarse a trabajar, responda las preguntas de A hasta D.

A. En su opinión, ¿está el paciente imposibilitado para trabajar en su ocupación? () Sí () No

De ser Sí, diga las fechas: del ____/____/____ al ____/____/____
Mes Día Año Mes Día Año

B. Si todavía no puede trabajar en su ocupación, ¿cuándo espera que el paciente pueda realizar las tareas de su trabajo?

() 1-3 meses () 3-6 meses () 6-12 meses () más de 12 meses

C. Si el paciente puede realizar algún trabajo, ¿en cuánto tiempo podrá el paciente realizar las tareas de su trabajo:

Del ____/____/____ al ____/____/____
Mes Día Año Mes Día Año

D. ¿Cuáles son las limitaciones actuales del paciente?_____

Nombre del médico tratante (letra de molde) Especialidad Teléfono

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Firma Fecha TIN¹

¹TIN: Núm. de Identificación del Impuesto sobre la Renta