



CAJA DE SEGUROS S.A.

Informe del Médico Asistente del Asegurado por Incapacidad Total

**Datos Personales del Asegurado**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Documento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Características y Recomendaciones**

El diagnóstico consignado en el presente formulario tiene la calidad de Certificado Médico y ha sido solicitado por el asegurado. El Médico Asistente debe completar un formulario por cada diagnóstico del cual tenga certeza, en forma manuscrita y con letra legible (de imprenta y mayúscula).

El profesional que certifique el diagnóstico no debe omitir ninguna de las respuestas requeridas, todas referidas al momento de extenderse el presente informe y consignará las siguientes leyendas en los lugares indicados: Si desconoce fecha de inicio de la enfermedad consignará "desconocida"; si no realizó examen físico consignará "no realizado" en Observación (1), si no efectuó estudios complementarios consignará "ninguno" en Observación (2), si no recibe medicación consignará "ninguna" en Observación (3).

Además se deberán acompañar las copias de los análisis y estudios complementarios que se hayan realizado

**Diagnóstico**

Denominación del diagnóstico de Certeza \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la enfermedad \_\_\_\_\_

**Examen Físico**

Se realizó examen

Fecha: \_\_\_\_\_

Observación (1): \_\_\_\_\_

Semiología objetiva (signos patológicos) correspondiente a este diagnóstico y constatada por el profesional: \_\_\_\_\_

**Análisis y Estudios Complementarios Confirmatorios de este Diagnóstico**

Se realizaron análisis y estudios

Fecha: \_\_\_\_\_

Observación (2): \_\_\_\_\_

Estudio	Fecha del informe	Matrícula del profesional informante	Adjunta copia informe	
1 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Visto del Médico Diagnosticante \_\_\_\_\_

**Tratamiento recibido para este diagnóstico**

Recibe tratamiento  Desde (Fecha) \_\_\_\_\_ No recibe tratamiento

Tipo de tratamiento \_\_\_\_\_

Institución o profesional tratante \_\_\_\_\_

**Historia Clínica**

Adjunta Historia Clínica  No adjunta Historia Clínica  No existe Historia Clínica

**Medicación recibida por este diagnóstico**

Recibe Medicación  Observación (3): \_\_\_\_\_

Nombre Farmacológico de la droga	Dosis Diaria
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

**Datos del médico diagnosticante y Certificación del Diagnóstico**

Apellido y Nombres \_\_\_\_\_

N° de Matrícula \_\_\_\_\_ Jurisdicción de la Matrícula \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Certifico haber arribado al presente diagnóstico de certeza y tomo conocimiento de que cualquier falsedad o tergiversación en que pudiese incurrir se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del Código Penal de la República Argentina.

\_\_\_\_\_  
Firma Aclaración Manuscrita Sello profesional

**Datos Personales del Asegurado**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Documento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_