

Estimado(a) Doctor(a) : Esta Compañía se encuentra facultada tanto por la Ley y por el Propuesto Asegurado para requerir los antecedentes clínicos necesarios para la evaluación de la solicitud de Seguro de vida. Por lo anterior le agradeceremos contestar lo siguiente:

Nombre y apellido del paciente : _____

Talla: _____ Peso: _____ Presión arterial: _____ / _____

Fumador Si ____ No ____ Cantidad diaria: _____

Ex fumador Si ____ No ____ ¿Cuánto hace que dejo de fumar? _____

¿Cuánto Fumaba diariamente? _____

Fecha de la última consulta médica: _____

Motivo: Control _____ Tratamiento _____ Recidiva _____

Diagnóstico(s): _____

Fecha del diagnóstico: _____

Estados Mórbidos Concomitantes: _____

Breve historia de su patología _____

Exámenes realizados	Resultado (normal o anormal)	Fecha
Orina completa	_____	_____
Perfil Bioquímico	_____	_____
Perfil lipídico	_____	_____
ECG reposo	_____	_____
ECG reposo esfuerzo	_____	_____
RX de Tórax	_____	_____
RNM o TAC	_____	_____
Endoscopía	_____	_____
Biopsia	_____	_____
Otros exámenes:	_____	_____
Indique cuales	_____	_____



INFORME MÉDICO TRATANTE

AVDA. EL BOSQUE SUR 180 • LAS CONDES, SANTIAGO • Call Center: 600 2213000, desde celular (02) 782 5398 • www.consorcio.cl

Pag. 2

Tratamiento : Actual _____ Pasado _____ Con fármacos _____

Por favor brindar más detalles (fármacos, dosis diaria, etc.) e indicar fechas de inicio y fin de tratamiento: _____

Hospitalizaciones

¿Fue hospitalizado? Si _____ No _____ Hospitalización prevista Si _____ No _____

Por favor detallar e indicar fechas: _____

Estado Actual y Pronóstico Estabilizado _____ Mejorando _____ Empeorando _____

Por favor especificar: _____

Observaciones: _____

Nombre y RUT del Médico Tratante _____

Especialidad: _____

Fecha: _____

Firma: _____