

INFORME MEDICO CONFIDENCIAL

Estimado Doctor:

Su paciente, Sr.(a)..... ha presentado a esta Compañía una solicitud de pago de beneficios por su seguro médico. Con el fin de dar una adecuada respuesta a nuestro (a) asegurado (a), le solicitamos nos dé a conocer todos los detalles que dicen relación con la afección:

".....", informada en la solicitud de reembolso.

Nombre del paciente : _____

Nombre Titular : _____

Nº Póliza : A - _____

Peso : _____ Kg. **Completar en caso de Embarazo:**
Estatura : _____ mts. FUR : _____
Presión Arterial : _____ mm/Hg FPC : _____

1.- ¿ Cuándo fue consultado por primera vez por el paciente?.

2.- ¿ Cuándo presentó el paciente las primeras dolencias?

3.-¿ Le fue derivado el paciente por otro profesional? (Indicar la especialidad)

4.- ¿Cuál fue el motivo de consulta? (Indicar el Diagnóstico Médico).

5.- Breve anamnesis de la patología descrita.

6.- Tiene el paciente patologías asociadas? Indique cuáles.

7.- Exámenes realizados (relacionados con el diagnóstico) y resultados.

EXAMEN	FECHA	RESULTADO

8.- Tratamiento indicado.

9.- Pronóstico y evolución de la enfermedad

DATOS DEL MEDICO:

Nombre Completo : _____

Especialidad : _____

I.C.M. : _____

Dirección : _____

Teléfono : _____

Fechado en _____ el ____ de _____ de _____
Lugar Fecha

Firma del Médico

Solicitado por Depto. de Beneficios de Salud