

## DECLARACIÓN DEL MÉDICO CIRUJANO SOBRE PRÁCTICAS MÉDICAS

**Importante:** El presente deberá ser acompañado por copia completa de la Historia Clínica y la totalidad de los estudios complementarios realizados, incluyendo parte quirúrgico y anestésico. En caso de requerir más espacio para responder el presente, por favor, sírvase continuar al dorso firmando al pie.

**Datos del paciente:**

Apellido y nombres:

D.N.I.:

¿Es Ud. su médico de cabecera?  Si  No

Ocupación/Profesión actual:

Fecha último día de trabajo efectivo:

Origen del reclamo:  Enfermedad  Accidente

¿El Asegurado ha sido intervenido quirúrgicamente?  Si  No

Descripción de la afección que motivó la intervención, sus antecedentes y consecuencias:

¿En qué fecha comenzó a manifestarse la enfermedad de base?:

¿En qué fecha el Asegurado tomó conocimiento de dicha enfermedad?:

¿Tiene Ud. conocimiento de algún antecedente en el historial previo del Asegurado que pueda estar relacionado con la enfermedad que posee?. ¿Cuál?. Mencionar si existieron internaciones:

En caso de causas accidentales: ¿Se instruyó sumario policial?  Si  No

Nombre del establecimiento donde se realizó la intervención, domicilio y teléfono:

Nro. de Historial Clínico correspondiente a la intervención quirúrgica:

Fecha internación:  Fecha intervención:  Fecha alta médica:

Tipo de intervención quirúrgica practicada:

Tipo de anestesia y/o miorelajantes utilizada:

Apellido y nombres de todos los profesionales intervinientes en la operación:

¿Con anterioridad estuvo sometido a un tratamiento similar?, ¿cuál?:

¿Qué exámenes se le realizaron?. Detallar el resultado:

¿Qué limitaciones tiene el paciente en la actualidad?:

Detalle ampliamente el tratamiento instituido:

¿Considera Ud. que el paciente se encuentra recuperado?; en caso negativo ¿por qué?:

**Datos del médico:**

Dirección y teléfono:

Manifiesto expresamente haber leído el contenido del presente formulario antes de firmarlo, siendo el mismo fiel reflejo de las contestaciones que he dado a las preguntas en él formuladas. Declaro que todos las respuestas brindadas por mí son completas y verdaderas, no habiendo ocultado información que pueda desvirtuar la correcta tramitación del reclamo y asumo la responsabilidad de la información brindada aunque un tercero haya completado la misma.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma, aclaración, sello y matrícula