

**DECLARACION DEL MEDICO**  
(Este documento tiene el valor de una certificación médica)



|   |  |  |                    |
|---|--|--|--------------------|
| Nombre del Paciente (Favor solicitar identificación)  |  | No. De Identificación  |                    |
| Describa brevemente el accidente:   |  |  |                    |
| A) Síntomas de lesión:  |  |  |                    |
| B) Diagnóstico(s):  |  |  |                    |
| C) ¿ Cuándo se manifestaron los síntomas de esta dolencia por primera vez o cuando ocurrió el accidente? ( Día y hora del accidente). sea lo más detallado posible. |  |  |                    |
| D) ¿Ha sufrido el paciente de esta dolencia anteriormente? ¿Cuándo?   |  |  |                    |
| E) ¿Cuándo lo consultó el paciente por primera vez sobre esta condición?  |  |  |                    |
| F) ¿Qué relación tiene esta dolencia con otros padecimientos del Asegurado?   |  |  |                    |
| G) ¿Desde cuándo ha tratado al Asegurado como paciente?¿ Sobre qué dolencia?  |  |  |                    |
| H) Indique Clase de tratamiento y nombre de la cirugía practicada (si la hubiere)   |  |  |                    |
| Costo de la intervención:   |  | ¿Hubo internamiento? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |                    |
| Fecha en que fue efectuada:   |  | ¿Dónde se efectuó?   |                    |
| Indique las siguientes fechas, lugares y costos   |  |  |                    |
| Consulta médica   | Cobrado por visita                     | Tratamiento o Sesiones Rehabilitación                                  | Cobrado por sesión |
| Consultorio   |  | Consultorio  |                    |
| Hospital  |  | Hospital   |                    |
| I) Explique que otra intervención quirúrgica o tratamiento se anticipa más adelante ¿Por qué?   |  |  |                    |
| J) Explique si se debe esta condición a una lesión proveniente del empleo del paciente  |  |  |                    |
| K) ¿Cuánto tiempo estima que el paciente continuará bajo tratamiento o si fue dado de alta?   |  |  |                    |
| L) Identificó al paciente mediante su cédula de identidad SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> (por qué)   |  |  |                    |
| Fecha   | Nombre del médico y dirección completa | Firma, código y sello del médico                                       |                    |

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 26, inciso d) de la Ley Reguladora del mercado de Seguros, Ley 8653 bajo el (los) registro(s) número P 16-33-A02-003 de fecha 28 de julio de 2009