

# CARDIF

## Informe del Médico

(En caso de Transplante)

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asiste a la persona Asegurada en caso de transplante. Se solicita contestar con la mayor claridad y amplitud posibles todas las preguntas.

### Datos del Asegurado

1. Póliza N°/ Entidad donde adquirió el seguro

2. Nombre/s y Apellido/s del Asegurado

3. Domicilio

Localidad

Código Postal

4. Fecha de Nacimiento

5. Lugar de Nacimiento

6. Estado Civil

7. Tipo y Número de Doc.

### Datos sobre la Incapacidad

8. Diagnostico, estado actual y pronóstico de enfermedad del Asegurado:

  
  

9. Fecha en la que el Asegurado se dió cuenta de la enfermedad:

10. ¿Cuándo fue Ud. consultado por primera vez en relación con la enfermedad?:

11. ¿Cuáles fueron los primeros signos objetivos o subjetivos que motivaron al Asegurado a consultarlo?

  
  

12. ¿Cuáles fueron los primeros signos objetivos o subjetivos que motivaron al Asegurado a consultarlo?

13. ¿Es Ud. el médico de cabecera habitual del Asegurado? Informe el nombre de los otros.

**Detalle los tratamientos que le prescribió al paciente con motivo de su enfermedad y qué tipo de medicación recibe:**

14. ¿Con qué frecuencia acude el Asegurado a su consulta, si lo hace?

15. ¿Tiene conocimiento de algún hallazgo en el historial previo del Asegurado que pueda posiblemente estar relacionado con la enfermedad que padece?

16. ¿Qué limitaciones físicas tiene el Asegurado en la actualidad? Detalle y aporte los estudios complementarios (TAC, R.MN, Rx, Laboratorio, etc.) que demuestren la enfermedad desde el diagnóstico hasta la actualidad y/o resultado de los mismos.

**En caso de enfermedades del corazón, rogamos indique:**

17. Historial de dolores torácicos, refiera resultados de estudios

18. Cambios de ECG, ecocardiograma, ergometría, perfusión con TALIO, etc.

19. En el caso de cirugía arterio-coronaria, le rogamos indique detalles en cuanto a la intervención efectuada: (Tipo)

20. En caso de derrame o hemorragia e infarto cerebral, le rogamos indique detalles en cuanto a cualquier secuela neurológica con una duración de más de 1 semana

---

---

21. Le rogamos aporte pruebas del déficit neurológico actual:

---

**En caso de cáncer, descríballo con detalle y aporte los estudios complementarios y/o resultados que diagnosticaron la enfermedad y los resultados actuales:**

---

---

---

---

**En caso de Insuficiencia renal, aporte fecha y lugar donde se realizó la fistula arteriovenosa. Indique el centro Nefrológico donde realiza diálisis y cada cuanto con tiempo de duración.**

---

---

---

---

Sería de gran ayuda si Ud. nos pudiera entregar informes de hospital, valoración de ECG, análisis de laboratorio e informes histológicos, así como cualquier otra prueba que Ud. pudiera tener.

Declaro que lo expresado por mí en este Informe es exacto y completo, según mi saber y entender.

**Datos del Médico:**

---

Nombre y Apellido del Médico:

---

Matrícula:

---

Domicilio del consultorio

Teléfono

---

Domicilio particular

Teléfono

---

Lugar y Fecha

Firma y sello del Médico

Firma y sello del Médico