



Formulario Informe Médico - Seguro de Cuidados Prolongados

Importante: Este formulario de 2 páginas debe ser completado por el Médico que actualmente asiste al Asegurado / Paciente

Datos del Asegurado / Paciente

1. Nombre y Apellido : _____ Sexo: Masculino () - Femenino ()
2. DNI – CI – LE – LC N°: _____ Fecha de nacimiento: _____
3. Domicilio: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ Código Postal: _____
4. N° de Teléfono: _____ N° Celular: _____

Declaración del Médico Asistente

5. ¿En que fecha fue Usted consultado por primera vez en relación a la invalidez?: _____
6. Sírvase indicar la naturaleza de la lesión que originó la invalidez: _____

7. Principal diagnóstico correspondiente a la invalidez: _____
Tipificación Baremo: _____ Fecha diagnóstico: _____ Condición recurrente: () Si - () No
8. Si está completamente incapacitado en la actualidad, será permanente tal incapacidad? () Si - () No
9. Si la incapacidad no es permanente y definitiva, por cuánto tiempo aproximadamente quedará incapacitado? _____

10. ¿Hay algún tratamiento clínico y/o uso de artificios de técnica (prótesis, órtesis, bastones, etc.) que pueda mejorar el estado actual del paciente viabilizando la realización de sus tareas cotidiana? _____

11. ¿Ha sido el paciente informado de esta posibilidad? () Si - () No
En el caso de no querer el paciente realizarlo, cuáles son sus motivos? _____

12. ¿Actualmente el paciente se encuentra internado en una Institución Médica o de Enfermería?: () Si - () No
Nombre de la Institución: _____ Dirección / Localidad: _____
Fecha Ingreso: _____ Probable fecha de alta / egreso: _____
13. Si esta en una institución por conveniencia, pudiera el paciente recibir cuidado adecuado bajo un sistema de Cuidados en el Hogar? () Si () No
14. ¿Ha estado el paciente internado en alguna Institución Médica o de Enfermería durante los últimos 5 años? () Si - () No
Diagnóstico: _____ Fecha ingreso: _____ Fecha egreso: _____
15. ¿En qué fecha le practico Usted la última atención o curación?: _____

Cardif Seguros S.A.

Bouchard 557 6° Piso C1106ABG - Capital Federal

16. Si el paciente reside en su casa, que servicios esta recibiendo actualmente? _____

A Familia / Informal: _____

B Servicios Profesionales: () Enfermería - () Terapeuta - () Cuidado Paliativo - () Otros, detalle: _____

C Servicios de Apoyo: () Asistencia salud - hogar; () Ama de casa - acompañante; () Cuidado Paliativo; () Cuidado Diurno; () Otros, detalle: _____

D Equipos: () Silla de ruedas - () Bastón - () Prótesis - () Caminador - () Retrete portátil - () Otros, detalle: _____

17. ¿Ha estado el paciente internado en alguna Institución Médica o de Enfermería durante los últimos 5 años? () Si - () No

Diagnóstico: _____ Fecha Ingreso: _____ Fecha Egreso: _____

18. Consignar la funcionalidad actual del paciente, indicando el nivel y la fecha en que comenzó la misma. _____

A BAÑARSE

Nivel 1: Independiente. Puede utilizar elementos de asistencia, pero no la requiere por parte de otra persona.

Nivel 2: Puede requerir asistencia de otra persona solo de vez en cuando y/o con componentes menores al bañarse.

Nivel 3: No es capaz de bañarse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Funcionalidad actual: Nivel _____ Fecha de inicio: _____

B VESTIRSE

Nivel 1: Independiente. No requiere ningún tipo de asistencia por parte de otra persona.

Nivel 2: Puede requerir asistencia de otra persona solo de vez en cuando y/o con componentes menores al vestirse.

Nivel 3: No es capaz de vestirse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Funcionalidad actual: Nivel _____ Fecha de inicio: _____

C HIGIENIZARSE

Nivel 1: Independiente. Puede utilizar elementos de asistencia (retrete portátil), pero no la requiere por parte de otra persona

Nivel 2: Puede requerir asistencia de otra persona solo de vez en cuando y/o con componentes menores al higienizarse.

Nivel 3: No es capaz de higienizarse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Funcionalidad actual: Nivel _____ Fecha de inicio: _____

D TRANSFERIRSE

Nivel 1: Independiente. Puede utilizar elementos de asistencia (caminador), pero no la requiere por parte de otra persona

Nivel 2: Requiere de apoyo físico ocasionalmente solo para movimientos trabajosos (ej: ir al retrete, levantarse del sofá)

Nivel 3: No es capaz de transferirse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Funcionalidad actual: Nivel _____ Fecha de inicio: _____

E ALIMENTARSE

Nivel 1: Independiente. No requiere ningún tipo de asistencia por parte de otra persona.

Nivel 2: Puede requerir asistencia de otra persona solo de vez en cuando y solo para procesos menores (ej.: cortar)

Nivel 3: No es capaz de alimentarse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Funcionalidad actual: Nivel _____ Fecha de inicio: _____

19. Funcionalidad General (marque con un círculo la opción que corresponda). _____

A Sin limitaciones o leves limitaciones: el paciente es capaz cumplir con las capacidades funcionales de autonomía de la vida cotidiana (bañarse, vestirse, higienizarse, transferirse y alimentarse por sus propios medios).

B Limitación moderada: El paciente es capaz de cumplir con 4 de las capacidades funcionales de autonomía de la vida cotidiana anteriormente descritas.

C Limitación marcada o total: el paciente presenta una pérdida significativa de sus capacidades funcionales de autonomía de la vida cotidiana anteriormente descritas, no pudiendo cumplir con 2 o más de ellas.

Cardif Seguros S.A.

Bouchard 557 6° Piso C1106ABG - Capital Federal

20. La dependencia funcional es por un impedimento cognitivo (ej.: Alzheimer´s u otra condición relacionada: () Si - () No
Si su respuesta fue afirmativa, por favor remitir información y estudios médicos por los cuales se llegó a este diagnóstico
21. Hallazgos Objetivos: Por favor adjunte a esta declaración copia de todos los estudios que presente desde el inicio de la
afección, evolución, hasta la actualidad (RMN, TAC, ecocardiograma, datos de laboratorio e información clínica). En caso
de que no sea factible el envío, sírvase detallarlos, incluyendo sus resultados y fecha de realización.
22. Programa de Cuidado recomendado (incluya cualquier tratamiento o terapia recetada incluyendo su duración) para mejorar
o mantener su estado funcional actual:
23. Pronóstico y metas. Marque con un círculo la opción que corresponda:
- 1 - Mejoramiento en estado funcional esperado en menos de 3 meses
 - 2 - Mejoramiento en estado funcional esperado dentro de 3 a 6 meses
 - 3 - No se espera cambio en estado funcional
 - 4 - Deterioración en estado funcional esperado en 3 a 6 meses
 - 5 - Deterioración en estado funcional esperado en 6-12 meses

Datos del Médico

Nombre y Apellido del Médico

Matrícula

Domicilio del consultorio Teléfono

Domicilio particular Teléfono

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

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Médico

Aclaración