

**Declaración del médico asistente**

Este cuestionario debe ser completado por el médico que asistió al asegurado, contestando con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas.

Póliza N°	Siniestro N°

**Datos del asegurado**

Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 DNI / CUIL: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: / /

**Declaración del médico asistente**

Forma en que el accidentado refiere haber sufrido el accidente : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sintomatología que refiere a causas del accidente : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Lesiones imputables al accidente : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Localización anatómica : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Especifique para la localización anatómica descripta:**

Estado de la piel (cicatrices adherentes o no, dolorosas o indoloras, ulceradas de decúbitos, fístulas, etc.) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Estado de los músculos (grafismo y tonicidad) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Palpación (dolor, derrames articulares, hematomas, abscesos) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Movilidad pasiva (rigidez, anquilosis, especifique los grados de movimiento) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Movilidad activa (limitaciones, parálisis, disminución de fuerza, etc., especifique los grados de movimiento) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

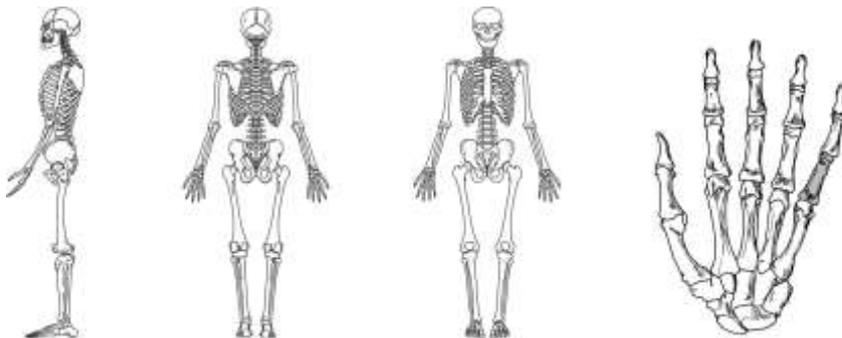
Las lesiones que presenta el Asegurado, ¿son definitivas o existen posibilidades de recuperación? : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Describa las posibles secuelas : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Curación practicada / Tratamiento descripto (incluir medicación recetada) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Otros datos complementarios : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Se solicita al Médico asistente indicar en el esquema, el sitio de las lesiones.



<b>Lugar y fecha</b>	<b>Apellido y nombre del Médico Asistente</b>	<b>Sello y firma del Médico Asistente</b>
----------------------	---	---