

CUESTIONARIO MEDICO POR FALLECIMIENTO

(Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad)

Estimado(a) Doctor(a):

Su paciente tenía un Seguro de Vida en nuestra Compañía, por lo que para resolver su liquidación, le solicitamos completar el siguiente cuestionario médico por fallecimiento. Los antecedentes que usted nos facilite serán tratados con estricta confidencialidad, por lo que le agradecemos contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo		
RUT	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	Fecha de Nacimiento <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO

Fecha de Fallecimiento	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Hora	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>			
Lugar de Fallecimiento:	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Vía Pública	<input type="checkbox"/> Lugar de Trabajo	<input type="checkbox"/> Otro		
Detallar:								
Dirección:								
Causas de la Muerte:								
Debido a <input type="checkbox"/> Enfermedad Común <input type="checkbox"/> Accidente								
Señalar aquellas enfermedades que tuvieron relación directa o indirecta con su fallecimiento, indicando la fecha en que fueron diagnosticadas:								
Diagnóstico Principal:					Fecha de diagnóstico:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Otros Diagnósticos:					Fecha de diagnóstico:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Otros Diagnósticos:					Fecha de diagnóstico:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Otros Diagnósticos:					Fecha de diagnóstico:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Enfermedades Concomitantes:					Fecha de diagnóstico:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Enfermedades Relacionadas:					Fecha de diagnóstico:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Causas Indirectas:					Fecha de diagnóstico:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Otras Enfermedades:					Fecha de diagnóstico:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
El fallecimiento fue certificado por: <input type="checkbox"/> Médico Tratante <input type="checkbox"/> Médico Ocasional <input type="checkbox"/> Servicio Médico Legal <input type="checkbox"/> Otro								
Era usted su médico tratante: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Desde que fecha: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>								
Desde cuando comenzó a atenderlo por la última enfermedad: _____								
Cuáles y cuándo fueron los primeros síntomas que motivaron al asegurado fallecido a consultarlo:								
Detalle los tratamientos médicos/quirúrgicos que le prescribió al paciente con motivo de su última enfermedad (Indicar fechas o periodos de tratamiento)								

En qué lugar asistió al asegurado: Domicilio Consulta Hospital Clínica Consultorio

Indicar nombre: _____

Indicar dirección: _____

Estuvo el Asegurado internado con motivo de su última enfermedad durante los últimos 5 años: No Si Indicar fecha y lugar: _____

A qué fecha o época considera usted que podría remontarse la enfermedad causante del fallecimiento del Asegurado: _____

Conocía el Asegurado la enfermedad que padecía: NO SI. Desde cuando: _____

Tiene usted en su poder los protocolos médicos y exámenes complementarios a los que fuera sometido el asegurado en su última enfermedad NO SI. (favor adjuntar copias)

Si usted no era el médico tratante, ¿tiene antecedentes de tratamiento de la enfermedad que causó la muerte? NO SI. Señalar: _____

Lugar donde se trataba: Hospital Clínica Consultorio Otro _____

Indicar nombre: _____

Indicar dirección: _____

Fecha del último control: _____

Favor informar que otro Médico lo derivó a usted o cree que pueda llenar este formulario. Indicar también si conoce en que otra Institución se atendía el Asegurado. Indicar nombre y dirección: _____

Si el fallecimiento del Asegurado fue causado por un accidente, indicar detalles de cómo éste ocurrió y que sean de su conocimiento:
 Fecha de ocurrencia: Hora: _____ Lugar: _____
 Circunstancias: _____

Indicar Tipo de accidente: Laboral Tránsito Doméstico Otro: _____

DATOS DEL MEDICO

Nombre Completo		RUT	<input type="text"/>
Domicilio		N° Reg. Col. Médico	<input type="text"/>
Teléfono			
Celular			
Fax			
E-mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lugar y Fecha

Firma y timbre del Médico