

**INSTRUCCIONES:**

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL TITULAR A CARGO DEL AFECTADO CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y EN LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

Fecha: \_\_\_\_\_ Ciudad o Lugar: \_\_\_\_\_

### Sección para ser llenada por el asegurado

#### DATOS DEL AFECTADO

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Años      Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Nombre del Contratante: \_\_\_\_\_  
dd      mm      aaaa

Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_      Póliza: \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN MÉDICA

Describe AMPLIAMENTE cómo y dónde ocurrió el accidente:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fecha del Ocurrido: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Hora: \_\_\_\_\_  
dd      mm      aaaa

Lesiones Presentadas:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de Familiar Responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de Institución Responsable

\_\_\_\_\_  
Sello

### Sección para ser llenada por el médico tratante ( 1 )

Fecha de Atención al Paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Requirió estudios para corroborar el diagnóstico:      SI ( )      NO ( )

¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

No. de Cédula: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

En caso de tratamiento quirúrgico señale si requirió:

Anestesiólogo ( )      Ayudante ( )      2° Ayudante ( )

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Tratante:

### Sección para ser llenada por el médico tratante ( 2 )

Fecha de Atención al Paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Requirió estudios para corroborar el diagnóstico: SI ( ) NO ( )

¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

No. de Cédula: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

En caso de tratamiento quirúrgico señale si requirió:

Anestesiólogo ( )      Ayudante ( )      2° Ayudante ( )

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Tratante:

### Sección para ser llenada por el médico tratante ( 3 )

Fecha de Atención al Paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Requirió estudios para corroborar el diagnóstico: SI ( ) NO ( )

¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

No. de Cédula: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

En caso de tratamiento quirúrgico señale si requirió:

Anestesiólogo ( )      Ayudante ( )      2° Ayudante ( )

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Tratante: