



ZURICH®

# Corporate Life & Pensions

## Declaración del médico sobre la muerte del Asegurado

### 1 Datos del Asegurado

Nombre y apellido:

Fecha de primer conocimiento

En la fecha de deceso ¿Cuál era su residencia?

¿Le conoció usted otro domicilio?  Sí  No

¿Cuál?

En la fecha de deceso ¿Cuál era su ocupación?

¿Le conoció usted otra ocupación?  Sí  No

Detalle

Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con la apariencia física del Asegurado al fallecer.

Edad

Estatura

Peso

Color de cabello

Color de los ojos

Señas particulares

¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (domicilio, sanatorio, policlínico, etc.)

¿En que fecha?

¿Era usted su médico asistente?

Sí  No

En caso afirmativo ¿Desde que fecha?

¿Cuáles fueron las afecciones, aún las banales, por las que le pestó asistencia médica desde que comenzó usted a atenderlo?

¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado por la cual lo consultó? Complete su diagnóstico exacto de certeza o presuntivo.

Según su historia clínica ¿Cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad?

¿Cuáles fueron sus primeros signos subjetivos u objetivos que lo motivaron a consultarle a usted?

¿Qué exámenes complementarios le solicitó, en qué fechas y cuáles fueron sus resultados?

¿Podría detallar los tratamientos que le prescribió con motivo de su última enfermedad?

¿Padeció el Asegurado complicaciones o interurrencias en su enfermedad de base?

Sí  No

Detalle:

¿Asistió usted al Asegurado en su consultorio, domicilio particular y/o en alguna institución hospitalaria o sanatorial?

Sí  No

Precise el nombre de la o las entidades:

¿Lo atendió como paciente privado o por intermedio de alguna obra social o institución?  Sí  No

¿Cuál?

¿Estuvo el Asegurado internado, a raíz de su última enfermedad, con motivo de diagnóstico y/o tratamiento en los últimos cinco años?  Sí  No

Precise fechas, motivos de internación, diagnósticos y evolución cursada.

¿A qué fecha o época considera usted que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del Asegurado?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si es de su conocimiento detalle los nombres y domicilios de otros profesionales que lo hubieran asistido o que hubieran sido llamados en interconsulta en relación a su enfermedad de base u otras.


¿Conocía el Asegurado la enfermedad que sufría?  Sí  No ¿Desde cuándo?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Algún familiar o amigo del Asegurado consultó a usted o fue informado por usted acerca de la afección que, directa o indirectamente, causó el deceso?  Sí  No ¿En qué fecha?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Cuál fue la causa desencadenante final de la muerte del Asegurado? Salvo que no exista otra, evitar expresiones tales como "Paro cardio-respiratorio", "Asistolía ventricular", o similares.

--

¿Tiene usted en su poder los protocolos, los estudios paraclínicos a los que fuera sometido el Asegurado por su última enfermedad?  Sí  No

En caso negativo ¿Figuran en la historia clínica de alguna institución hospitalaria o sanatorial?

Sí  No

¿Cuál?

¿Desde qué fecha permaneció recluso o impedido de atender sus ocupaciones?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del Asegurado?  Sí  No

Detalle

¿Antes de la última enfermedad del extinto, en qué otras le prestó usted asistencia médica o fue consultado?

--

¿En qué fechas, durante cuánto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento en cada caso?

--

¿De qué otras enfermedades de importancia sabe usted que padeció el extinto? Trate además de precisar fechas, duración y secuelas.

--

¿Sabe usted de algún otro médico que le haya atendido en los dos últimos años?

Sí  No

Nombre y Domicilio

--

En caso de muerte por accidente, ¿Se intruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mórtem?  
(cuál, por quién y a qué conclusiones se arribó)

Lugar

Fecha  Hora  En que se produjo el accidente.

Cirunstancias en la que se produjo:

Diagnóstico anatomoclínico presuntivo inicial

Instituciones donde estuvo internado

Detalle de los tratamientos médicos y quirúrgicos que le fueron practicados

Complicaciones o interurrencias:

Diagnóstico anatomoclínico final:

Causa final que se indujo a la muerte

Lugar en que se produjo el deceso (hospital, sanatorio, domicilio, etc.)

Nómina de médicos que participaron en la asistencia del Asegurado con motivo del accidente que produjo el deceso

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

Fecha en:  el día  del mes de  de

Sello y firma del médico

Aclaración:

N° matrícula profesional:

Domicilio del consultorio:

Domicilio particular:

Teléfono: