

Datos del Asegurado

Apellido y nombres _____ DOCUMENTO Tipo _____ N° _____

Datos del Médico

Apellido y nombres _____ DOCUMENTO Tipo _____ N° _____

Especialidad _____ MATRICULA N° _____

domicilio Calle _____ N° _____ Piso _____ Depto./ofic. _____

Localidad _____ Cód. Postal _____ Provincia _____

teléfonos consultorio horario de contacto _____ otro _____ celular _____ fax _____
n° _____ n° _____ n° _____ n° _____

e-Mail _____

Lesiones

Miembros lesionados _____

Características de las lesiones Definitivas Si No Recuperables Si No Fecha probable de alta médica _____

Con la mayor precisión posible, describa los estados y actitudes de los miembros solicitados a continuación

actitudes de los miembros Deformación _____
Acortamiento _____
Otro _____

Estado de la piel Cicatrices _____
Úlceras _____
Fistulas _____
Otro _____

Estado de los músculos Trofismo _____
Tonicidad _____
Otro _____

Palpación Dolor _____
Derrames articulares _____
Hematomas _____
Abscesos _____

Movilidad Pasiva (especificar los grados de movimiento) Rigidez _____
Anquilosis _____
Pseudoartrosis _____

Movilidad Activa (especificar los grados de movimiento) Limitaciones _____
Parálisis _____
Disminución de la fuerza _____
Otro _____

Describa al dorso del presente, las posibles secuelas y cualquier otro dato complementario que permita a la Compañía evaluar la pérdida funcional o desmembramiento denunciado, indicando con la mayor precisión posible la articulación afectada y en caso de amputación, el nivel del hueso en el que la misma se realizó.