



## FICHA MÉDICA

### CUIDADOS PROLONGADOS

#### Datos personales a completar

#### SECCIÓN 1 - Datos del titular de la cobertura

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE DNI: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE SINIESTRO: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

#### SECCIÓN 2 - Datos del siniestro

LUGAR DEL SINIESTRO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

¿EN QUÉ CIRCUNSTANCIAS SE PRODUJO EL ACCIDENTE?

INDICÁ LAS LESIONES SUFRIDAS

#### INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA Y FIRMADA POR EL MÉDICO TRATANTE

¿EN CUÁLES DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES DIARIAS CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ASISTENCIA DE PARTE DE OTRA PERSONA?	¿CUÁL FUE LA FECHA QUE TRATÓ AL PACIENTE POR PRIMERA VEZ PARA ESTA CONDICIÓN?	¿CONSIDERA USTED QUE LA AFECCIÓN ES PERMANENTE E IRREVERSIBLE?	
COMER	➔	SÍ	No
VESTIRSE	➔	SÍ	No
CAMINAR	➔	SÍ	No
LEVANTARSE DE LA CAMA Y ACOSTARSE	➔	SÍ	No
USAR EL SERVICIO SANITARIO	➔	SÍ	No

(Marque la o las actividades e indique la fecha aproximada en que comenzó a recibir asistencia, e indique la condición de la afección del paciente)

FIRMA DEL MEDICO / SELLO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**El/los contratantes y/o beneficiario/s adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por las Resoluciones N° 11/2011, N° 52/2012, N° 28/2018, N° 134/2018 y N° 15/2019 de la Unidad de Información Financiera (UIF) según Ley N° 25.246, y conocer los requisitos de información que le/s será/n requerido/s al momento de cualquier pago que deba realizarse en virtud de la póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación "**

NOMBRE Y APELLIDO DEL DENUNCIANTE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE DNI: \_\_\_\_\_

CUIL/CUIT/CDI: \_\_\_\_\_ PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO \_\_\_\_\_

.....  
FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA