



## FICHA MÉDICA

### RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN

#### Datos personales a completar

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

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

##### SECCIÓN 2 - Declaración del médico

APELLIDO y NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
INDIQUE SI LA INTERNACION FUE DERIVADA DE UN TRATAMIENTO No Sí ¿CUÁL FUE ESE TRATAMIENTO?  
*Certifico por este medio que la información anterior se basa en probabilidades médicas razonables y que a mi entender la misma es verdadera y correcta.*  
APELLIDO Y NOMBRE DEL PROFESIONAL \_\_\_\_\_ MATRICULA PROFESIONAL N.º \_\_\_\_\_  
DOMICILIO REAL: (CALLE/C. POSTAL/CIUDAD/PROVINCIA) \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO / SELLO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

##### SECCIÓN 3- Declaración del establecimiento asistencial

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_  
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_  
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE ALTA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
SI EL PACIENTE ESTUVO INTERNADO EN TERAPIA INTENSIVA: FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_ FECHA DE EGRESO \_\_\_\_\_  
CÚANDO SE ORIGINÓ LA CONDICIÓN MÉDICA O ENFERMEDAD QUE OCASIONÓ LA INTERNACIÓN? \_\_\_\_\_ FUE MOTIVO DE UNA ENFERMEDAD? CUAL?: \_\_\_\_\_  
SE ENCUENTRA EN ESA INSTITUCION LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE Sí No EL PACIENTE FUE DERIVADO DE OTRO ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO Sí No ¿CUÁL? \_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE QUE CONSIGNO LOS DATOS \_\_\_\_\_ SELLO DEL NOSOCOMIO, HOSPITAL, CLINICA O ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO DEL DENUNCIANTE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE DNI DENUNCIANTE: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE CUIL DENUNCIANTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
.....  
FIRMA DEL DENUNCIANTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_