



## Historia Clínica (para PRESTACIONES)

NOTA: Este formulario debe ser llenado por el médico que actualmente asiste y trata al enfermo.

OBSERVACION: El profesional médico que falseare datos relativos a la lesión o enfermedad por la que reclama al asegurado, incurrirá en el delito de falsificación de documento que contempla el art.295 del Código Penal que dice: " Sufrirá prisión de un mes a un año, el médico que diere por escrito un certificado falso, concerniente a la existencia o inexistencia, presente o pasada, de alguna enfermedad o lesión cuando de ello resulte perjuicio..."

Asimismo incurrirá en delito de la estafa, previsto en los arts.172 y 173,inc.3º C.P. y castigado con pena de 1 mes a 6 años de prisión.

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE .....

### Naturaleza de la actual enfermedad o lesión

Antecedentes personales:.....

.....

.....

Examen clínico:.....

.....

Diagnóstico:.....

.....

Tratamiento indicado:.....

.....

### **Medicación indicada por la afección que genera la incapacidad:**

Droga: .....

Nombre comercial: .....

Dosis diaria:.....

Pronóstico:.....

.....

Fecha de inicio de la Incapacidad:.....

Tiempo estimado de duración de la Incapacidad:.....

¿Está el solicitante totalmente incapacitado para ejercer su profesión? .....

.....

Si está completamente incapacitado en la actualidad ¿Será permanente la incapacidad para ejercer la profesión?.....

.....

**En el supuesto en el cual el médico indique cambio de medicación deberá informarlo mediante certificación médica.**

Fecha...../...../..... Firma y sello \_\_\_\_\_