

Historia Clínica (para PRESTACIONES)

NOTA: Este formulario debe completarse **EN SU TOTALIDAD** por el médico que actualmente asiste y trata al afiliado por la incapacidad denunciada.

AVISO LEGAL: 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 (de corresponder):

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?

.....

Fecha...../...../.....

Firma y sello (médico) _____