

Datos del Asegurado

Apellido y nombres _____ DOCUMENTO Tipo | _____ | N° | _____ |

Datos del Médico

Apellido y nombres _____ DOCUMENTO Tipo | _____ | N° | _____ |

Especialidad _____ MATRÍCULA 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 _____
 Fístulas _____
 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.