

**INFORME MEDICO SOBRE INCAPACIDAD POR  
ENFERMEDAD O ACCIDENTE**  
FOR-STRO-07-A



Importante: este formulario debe ser completado en su totalidad por el Médico que actualmente asiste y trata al Asegurado. No habiendo tomado conocimiento de alguna de las respuestas solicitadas, debe llenar el casillero respectivo con la leyenda "DESCONOCZO".

**DATOS DEL ASEGURADO**

Nombres y apellidos completos \_\_\_\_\_

Domicilio real: Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono particular Prefijo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular Prefijo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Póliza N° \_\_\_\_\_ Certificado N° \_\_\_\_\_

**ESTO DATOS DEBEN SER COMPROBADOS POR EL MÉDICO**

1. ¿Cuáles es la naturaleza de la enfermedad o lesión que causó la actual incapacidad del asegurado?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿En qué fecha ocurrió el accidente o se inició la enfermedad que causó la actual incapacidad del Asegurado? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. ¿En qué fecha concurrió el Asegurado a trabajar por última vez? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. ¿Cuáles fueron sus primeras manifestaciones? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. ¿Qué exámenes se realizaron al Asegurado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. ¿Cuál fue el tratamiento instituido? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿En qué fecha el Asegurado consultó al médico por primera vez? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

8. ¿Dónde recibió el Asegurado atención médica por primera vez?

Domicilio \_\_\_\_\_ Consultorio \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

9. ¿En qué fecha ocurrió recibió el Asegurado atención médica por última vez o se le practicó la última cura?  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

10. ¿Cuántas veces o con qué frecuencia fue tratado durante ese período?

\_\_\_\_\_

---

11. ¿Por cuánto tiempo guardó cama y/o permaneció en la casa?

---

---

12. ¿Permanece aún en cama y/o en reposo? SI \_\_\_ NO \_\_\_

13. De no guardar cama y/o reposo; ¿por qué no reasume sus tareas, aunque sea parcialmente?

---

---

14. ¿Cuáles son los principales síntomas, secuelas y signos actuales? \_\_\_\_\_

---

15. ¿Permanece aún en cama y/o en reposo? SI \_\_\_ NO \_\_\_

16. En caso afirmativo, ¿por qué causas? \_\_\_\_\_

---

17. ¿Está el Asegurado en este momento **totalmente incapacitado** para ejercer cualquier trabajo u ocupación remunerativa a consecuencia de su incapacidad? SI \_\_\_ NO \_\_\_

18. En caso afirmativo, ¿desde cuándo quedó imposibilitado? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

19. ¿Durante cuánto tiempo cree Usted que quedará incapacitado? \_\_\_\_\_

---

20. Si está parcialmente incapacitado, ¿Qué secuelas presenta y en qué porcentaje valora Usted dicha incapacidad?

---

---

21. ¿Podría el asegurado ser tratado adecuadamente si retomara parcialmente el trabajo? SI \_\_\_ NO \_\_\_

22. En caso negativo, ¿por qué motivos? \_\_\_\_\_

---

23. ¿Está usted convencido de que la incapacidad será TOTAL Y PERMANENTE de manera definitiva para ejercer cualquier ocupación remunerativa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24. En caso afirmativo, ¿por qué motivos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25. Sírvase indicar nombre, domicilio y teléfono de otros médicos que hayan asistido y/o examinado al Asegurado:

Médico \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES DEL MÉDICO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apellido y nombre del médico

Firma del médico

Domicilio y Tel. del médico

Sello y N° de matrícula

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

Nota: Agradecemos remitirnos con cargo de devolución, la documentación obtenida en el estudio de nuestro Asegurado (**radiografías, protocolos de análisis, electrocardiogramas, etc.**).