

INFORME MEDICO DE DIAGNOSTICO PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

FOR-STRO-09-A



Advertencia importante: este informe debe ser devuelto directamente a CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. ("CNP"), la cual tratará esta información con carácter estrictamente confidencial y se encuentra expresamente autorizada por el Autorizado para solicitar la misma.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y apellidos completos _____

Domicilio real: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono particular Prefijo (____) _____ Teléfono Celular Prefijo (____) _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Documento Identidad: Tipo _____ N° _____

Correo electrónico _____

Presto conformidad a fin de que cualquier pedido/envío de información/documentación, así como cualquier tipo de comunicación, sea cursado, indistintamente, al domicilio real o correo electrónico declarados en el presente, o en los que en su futuro los reemplacen. Las notificaciones allí cursadas serán consideradas completamente válidas en los términos del art. 16 de la Ley de Seguros.

DETALLES DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

1. Naturaleza y relevancia de la enfermedad _____

2. Fecha en que el Asegurado comenzó con síntomas de su enfermedad _____

3. Para el caso de diagnóstico de **CANCER** agradeceremos indique:

a. Diagnóstico: _____

b. Fecha del diagnóstico: ____/____/____

c. Qué órgano o sistema esta afectado? _____

d. Invasión local: SI ___ NO ___

e. Metástasis: SI ___ NO ___ regionales ___ distantes ___

ganglios linfáticos SI ___ NO ___ órganos distantes SI ___ NO ___

f. Clasificación TNM _____ FIGO _____ AJCC _____

g. Grado histológico _____

h. En caso de cirugía indicar: Fecha ____/____/____

Finalidad: diagnóstica ___ curativa ___ paliativa ___

Resultado: _____

i. Tratamientos:

- Radioterapia: SI ___ NO ___

preoperatoria ___ curativa ___ paliativa ___ interrumpida ___ completada ___

- Quimioterapia SI ___ NO ___ Número de ciclos: _____
Fármacos utilizados: _____

- Terapia hormonal SI ___ NO ___ Fármacos utilizados: _____

j. Evolución: Remisión completa ___ recidivas ___ complicaciones ___

Adjuntar fotocopia de HISTORIA CLINICA, estudios diagnósticos y biopsia diagnóstica.

4. Para el caso de **HEMODIALISIS RENAL CRONICA AMBULATORIA**, indique:

a. Resultado de los estudios de histocompatibilidad: _____

b. Nº de inscripción en el INCUCAI: _____

c. CLEARENCE de Creatinina: _____

Adjuntar fotocopia de HISTORIA CLINICA y estudios puntos a), b) y c).

5. Para el caso de **INTERVENCIONES QUIRURGICAS** agradeceremos indique:

a. Nombre de la intervención realizada: _____

b. Código de referencias según Nomenclador Nacional Prestaciones Médicas/Sanatoriales: _____

b. Resultado: _____

c. Diagnóstico anatomopatológico: _____

d. Estado actual: _____

Adjuntar fotocopia HISTORIA CLINICA. Prescripción Médica, estudios diagnósticos, protocolo anatomopatológico y protocolo quirúrgico.

DATOS DEL MEDICO INFORMANTE

Firma y Sello

Domicilio y Teléfono

Lugar: _____

Fecha: ____/____/____

Firma y aclaración del Asegurado