


TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA
DATOS DEL ASEGURADO

| | | | | | |
|-----------------------------|---------------------|--|----------------------|--|--|
| Póliza N°: | Apellido y Nombres: | | | | |
| Tipo y número de documento: | | | | | |
| Domicilio: | | | | | |
| Localidad: | Teléfono: | | Fecha de nacimiento: | | |

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA DEL ASEGURADO
Por favor, sírvase consignar seguidamente los datos del médico de cabecera del Asegurado:

| | |
|---------------------|-----------|
| Apellido y Nombres: | |
| Domicilio: | Teléfono: |

DATOS DE LA INTERNACIÓN

| | |
|---|--|
| Cantidad de días que estuvo internado en: Sala común: <input type="text"/> | Terapia Intermedia y Cuidados Especiales: <input type="text"/> |
| Terapia Intensiva y Unidad Coronaria: <input type="text"/> | Internación Domiciliaria: <input type="text"/> |
| En caso de internación de recién nacidos (hasta 30 días de edad) consignar si durante la internación se ha requerido asistencia mecánica respiratoria y durante cuántos días: | |
| | |

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL DONDE SE EFECTUÓ LA INTERNACIÓN

| | |
|---------------|-----------|
| Denominación: | |
| Domicilio: | Teléfono: |

DATOS DEL PROFESIONAL QUE ASISTIERA AL ASEGURADO DURANTE SU INTERNACIÓN

| | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| Apellido y Nombres: | |
| Número de Matrícula Provincial: | Número de Matrícula Nacional: |
| Tipo y número de Documento: | |
| Domicilio: | Teléfono: |

DOCUMENTACIÓN MÉDICA A PRESENTAR

| |
|--|
| |
|--|

PLAZO DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

| |
|--|
| 30 días a partir de la fecha de alta de la internación |
|--|

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a "Federación Patronal Seguros S.A." a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

 Lugar y Fecha de Emisión

 Firma del Denunciante

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL QUE ASISTIERA AL ASEGURADO DURANTE SU INTERNACIÓN

Por la presente certifico que el día ____/____/____ a las ____ hs. ha ingresado al establecimiento _____ el paciente _____ LE LC DNI CI N° _____, por los motivos que se exponen seguidamente, correspondiendo su alta médica el día ____/____/____ a las ____ hs.

| | | | |
|--|----------------------------------|--|----------------------|
| Causas de la internación: | | | |
| Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica: | | | |
| Fecha estimada de inicio de la enfermedad que diera origen a la internación: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Cantidad de días que estuvo internado en: | Sala común: <input type="text"/> | Terapia Intermedia y Cuidados Especiales: <input type="text"/> | |
| | | Terapia Intensiva y Unidad Coronaria: <input type="text"/> | |
| Otros comentarios que considere de interés: | | | |

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

| |
|--------------------------|
| Lugar y Fecha de Emisión |
| |

Firma y sello del Profesional

| |
|--------------------------|
| Lugar y Fecha de Emisión |
| |

Firma del Responsable del Establecimiento Asistencial
Aclaración de firma