

## ASISTENCIA MÉDICA POR ACCIDENTE

Nº RECLAMO:

1<sup>er</sup> Nombre \_\_\_\_\_ 2<sup>do</sup> Nombre \_\_\_\_\_  
1<sup>er</sup> Apellido \_\_\_\_\_ 2<sup>do</sup> Apellido \_\_\_\_\_

1. Fecha de la primera visita médica al accidentado:

DD	MM	AA

2. ¿De qué dolores o alteraciones se queja el lesionado?

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

3. ¿Qué lesiones o síntomas encontró usted en el primer examen?

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

4. ¿Son consecuencia directa y exclusiva del accidente?

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

5. ¿El lesionado presentaba la misma sintomatología previo al accidente?

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

6. ¿Tenía o tiene síntomas de enfermedades que agraven el cuadro clínico? Descríbalas

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

7. ¿Tiene referencias que indique que el lesionado tuvo un accidente anterior?

SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo descríbalas

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

8. Dx de Ingreso \_\_\_\_\_

9. Dx de Egreso \_\_\_\_\_

10. Operación efectuada \_\_\_\_\_

11. Hallazgo transoperatorio \_\_\_\_\_

12. Manejo Intrahospitalario \_\_\_\_\_

13. Plan de egreso \_\_\_\_\_

14. Fecha de Alta

DD	MM	AA

Fechado en \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_

15. FIRMA Y SELLO

Nombre y Firma del médico tratante  
Código del MINSA