



Informe del Médico Tratante (IMT)

1./ Datos del Médico Tratante:

Primer Nombre			Primer Apellido			Correo Electrónico				
Fecha de Nacimiento DD MM AA / /			Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Ciudad		País		Teléfono / Fax	

2./ Datos del Paciente:

Primer Nombre			Segundo Nombre			Primer Apellido			Segundo Apellido		
Fecha de Nacimiento DD MM AA / /			Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Ciudad		País		Teléfono / Fax		

Estimado Doctor:

La persona indicada en el recuadro superior ha solicitado un seguro de vida con nuestra compañía Atlantica Seguros. Por lo que es necesario conteste a las siguientes preguntas referentes a la enfermedad declarada por el asegurado.

3./ Información Médica

Diagnóstico Presuntivo:				Diagnóstico Exacto:			
Fecha de Inicio Sintomatología DD MM AA / /		Número de Episodios		Tratamiento			
Nombre del Medicamento		Cantidad		Frecuencia		Duración	
Evolución del Cuadro		Estado Actual		Pronóstico			
¿Conoce otra(s) Enfermedades en el Asegurado ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, Indique cual?:					

4./ Comentario Adicional:

--

Declaración y Autorización del Médico Tratante:

Yo, como Médico Tratante del Solicitante, declaro que las respuestas anteriores corresponden a la verdad y que forman parte de la historia médica del mismo y doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Firma y Sello Médico Responsable

Fecha