

INFORME DE INCAPACIDAD POR EL MEDICO EXAMINADOR

Nombre	Número de Póliza	Certificado
Dirección		Fecha de Nacimiento
Calle	Nº de Casa	Ciudad
		Pais
		Mes
		Día
		Año

El Asegurado será responsable de completar este formulario sin costo alguno para la Compañía. Puede enviar este formulario directamente a la Compañía de Seguros PALIC. Al reverso Puede ampliar sus respuestas.

HISTORIA

- (a) ¿Cuándo comenzó la enfermedad u ocurrió la lesión? _____
- (b) ¿En qué fecha se vio obligado el asegurado a dejar su trabajo? _____
- (c) ¿Hay alguna historia previa de esta enfermedad? _____

CONDICIÓN ACTUAL

- (a) Síntomas Individuales _____
- (b) Descubrimientos Objetivos. _____
 Detallense las radiografías, electrocardiograma, o cualesquier otros exámenes especiales. _____
- (c) Se encuentra el Asegurado {
 - Ambulante?
 - En Cama?
 - Confinado en Casa?.....
 - Hospitalizado?.....

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

- (a) Fecha de la primera visita _____
- Fecha de la ultima visita _____
- Frecuencia de las visitas _____
- (b) ¿Cuándo fue la ultima vez que examino al Asegurado? _____

PROGRESO

- { Restablecido.....
- { Mejorado.....
- { No mejorado.....
- { Recaido.....

GRADO DE INCAPACIDAD

- (a) ¿Ha estado el Asegurado en condiciones de trabajar?
 Si No
 Si la respuesta es "Si", indíquese desde que fecha..... _____
- (b) Si la respuesta es "No", ¿cuando cree que estara en condiciones de trabajar? {
 - Fecha aproximada
 - Indefinida
 - Nunca

TRABAJO REGULAR

OTRO TRABAJO

Si la incapacidad implica una condición mental, ¿está capacitado el Asegurado para endosar cheques, usar el producto del mismo y comprender claramente la naturaleza de sus actos?

complete la sección correspondiente, si la incapacidad se debe a un defecto cardiaco, pulmonar o de la vista

CORAZÓN

(a) CARDIACO

(1) Capacidad funcional

- Clase 1 (Ninguna Limitación).....
- Clase 2 (Ligera Limitación).....
- Clase 3 (Marcada Limitación).....
- Clase 4 (Completa Limitación).....

(2) Presión arterial.....

TUBERCULOSIS

(b) TUBERCULOSIS PULMONAR

(1) Grado.....

- Mínima.....
- Avanzada moderadamente.....
- Bastante avanzada.....

(2) Clínico.....

- Activa.....
- Detenida.....
- Inactiva.....

(3) Estado de actividad.....

- No ambulante.....
- Parcialmente ambulante.....
- Viviendo según condiciones acostumbradas.....

(4) ¿Ha habido recientemente algún examen de laboratorio con resultados adversos?.....

Fecha del último esputo positivo.....

(5) Terapia: Clase & Fechas

VISTA

(c) DEFECTO DE LA VISTA

(1) ¿Está el Asegurado completamente ciego?.....

(Anotación Snellen)

(2) ¿Si no está completamente ciego que visión tenía en la última observación?.....

- Sin lentes.....
- Con lentes.....

Ojo derecho.....Ojo izquierdo..... Fecha.....
 Ojo derecho.....Ojo izquierdo..... Fecha.....

(3) ¿Cuál es el grado de cualquier defecto agudo de campo visual?.....

(4) ¿Puede la visión mejorarse por medio de tratamiento, operación o lentes?.....

OBSERVACIONES

Firmado.....M.D.

Dirección

Teléfono.....

Fecha.....