



Nombre y apellido: Documento: Póliza N°:

Esta declaración debe ser completada de PUÑO Y LETRA por el Médico Asistente. Se deben contestar todos los campos de datos solicitados en LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE, con la mayor claridad y amplitud posible.

Declaración del Médico Asistente

Apellido y Nombres: _____

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ E-mail: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

Especialidad: _____ Matrícula: _____

Teléfono del consultorio: (_____) _____ Teléfono celular: (_____) _____

¿Cuáles fueron las principales razones por las cuales Ud. lo atendió y que enfermedades detectó?

Diagnóstico (especificar): _____

Fecha del diagnóstico: _____

¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado? _____

¿Cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? (Indique la fecha) _____

¿A qué fecha podría remontarse la enfermedad? _____

¿Tipo de trasplante? _____

¿Cual fue la enfermedad que originó la necesidad del trasplante? _____

Fecha de diagnóstico: _____

Antecedentes Médicos

¿Adjunta Historia Clínica? Sí No

¿En poder de quién se encuentra? _____

Razón Social: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (_____) _____

Observaciones Adicionales:

Para agilizar la tramitación del beneficio en ambos casos deberá adjuntar copia completa de la historia clínica del Asegurado y estudios complementarios (ecografía, electrocardiograma, tomografía, análisis de laboratorio, etc). En caso de no adjuntarla, igualmente le será requerida como requisito obligatorio.

Conforme lo establecido en el Art. N° 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha: _____ Firma y Aclaración del Médico _____