

Importante: Este formulario debe ser completado por el Médico que actualmente asiste al Asegurado / Paciente

Datos del Asegurado/Paciente

Nombre y Apellido: Documento: LE LC DNI N°
Domicilio - Calle: N° Piso: Depto.: Torre:
Localidad: Provincia: Código Postal:
Fecha de nacimiento:/...../..... Sexo: Masculino Femenino
¿Dónde reside actualmente? Casa Privada Hospital Inst. Asist. Inst. Geriátrica Otro:

Declaración del Médico Asistente

- ¿En qué fecha fue Usted consultado por primera vez en relación a la invalidez?:
- Sírvase indicar la naturaleza de la lesión que originó la invalidez:
- Principal diagnóstico correspondiente a la invalidez:
- Tipificación Baremo: Fecha diagnóstico:/...../..... Condición recurrente: Sí No
- Si está completamente incapacitado en la actualidad, ¿será permanente tal incapacidad? Sí No
- Si la incapacidad no es permanente y definitiva, ¿por cuánto tiempo aproximadamente quedará incapacitado?
- ¿Hay algún tratamiento clínico y/o uso de artificios de técnica (prótesis, órtesis, bastones, etc.) que pueda mejorar el estado actual del paciente viabilizando la realización de sus tareas cotidianas?
- ¿Ha sido el paciente informado de esta posibilidad? Sí No En el caso de no querer el paciente realizarlo, ¿cuáles son sus motivos?
- ¿Actualmente el paciente se encuentra internado en una Institución Médica o de Enfermería?: Sí No
Nombre de la Institución: Dirección / Localidad:
Fecha Ingreso: Probable fecha de alta / egreso:
- Si está en una institución por conveniencia, pudiera el paciente recibir cuidado adecuado bajo un sistema de Cuidados en el hogar? Sí No
- ¿Ha estado el paciente internado en alguna Institución Médica o de Enfermería durante los últimos 5 años? Sí No
Diagnóstico: Fecha Ingreso: Egreso:
- ¿En qué fecha le practicó usted la última atención o curación?:/...../.....
- Si el paciente reside en su casa, ¿qué servicios está recibiendo actualmente?
 - Familia / Informal
 - Servicios Profesionales: Enfermería Terapeuta Cuidado Paliativo Otros:
 - Servicios de Apoyo: Asistencia salud – hogar Ama de casa – acompañante Cuidado Paliativo Cuidado Diurno
 Otros:
 - Equipos: Silla de ruedas Bastón Prótesis Caminador Retrete portátil Otros:

13. Consignar la funcionalidad actual del paciente, indicando el nivel y la fecha en que comenzó la misma.

A. Bañarse

Nivel 1: Independiente. Puede utilizar elementos de asistencia, pero no la requiere por parte de otra persona.

Nivel 2: Puede requerir asistencia de otra persona solo de vez en cuando y/o con componentes menores al bañarse.

Nivel 3: No es capaz de bañarse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Funcionalidad actual: Nivel: Fecha de inicio:/...../.....

B. Vestirse

Nivel 1: Independiente. No requiere ningún tipo de asistencia por parte de otra persona.

Nivel 2: Puede requerir asistencia de otra persona solo de vez en cuando y/o con componentes menores al vestirse.

Nivel 3: No es capaz de vestirse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Funcionalidad actual: Nivel: Fecha de inicio:/...../.....

C. Higienizarse

Nivel 1: Independiente. No requiere ningún tipo de asistencia por parte de otra persona.

Nivel 2: Puede requerir asistencia de otra persona solo de vez en cuando y/o con componentes menores al vestirse.

Nivel 3: No es capaz de vestirse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Funcionalidad actual: Nivel: Fecha de inicio:/...../.....

D. Transferirse

Nivel 1: Independiente. Puede utilizar elementos de asistencia (caminador), pero no la requiere por parte de otra persona.

Nivel 2: Requiere de apoyo físico ocasionalmente solo para movimientos trabajosos (ej: ir al retrete, levantarse del sofá).

Nivel 3: No es capaz de transferirse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Funcionalidad actual: Nivel: Fecha de inicio:/...../.....

E. Alimentarse

Nivel 1: Independiente. No requiere ningún tipo de asistencia por parte de otra persona.

Nivel 2: Puede requerir asistencia de otra persona solo de vez en cuando y solo para procesos menores (ej.: cortar)

Nivel 3: No es capaz de alimentarse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Funcionalidad actual: Nivel: Fecha de inicio:/...../.....

14. Funcionalidad General

- Sin limitaciones o leves limitaciones: el paciente es capaz cumplir con las capacidades funcionales de autonomía de la vida cotidiana (bañarse, vestirse, higienizarse, transferirse y alimentarse por sus propios medios).
- Limitación moderada: El paciente es capaz de cumplir con 4 de las capacidades funcionales de autonomía de la vida cotidiana anteriormente descritas.
- Limitación marcada o total: el paciente presenta una pérdida significativa de sus capacidades funcionales de autonomía de la vida cotidiana anteriormente descritas, no pudiendo cumplir con 2 o más de ellas.

15. La dependencia funcional es por un impedimento cognitivo (ej.: Alzheimer u otra condición relacionada): Si No
Si su respuesta fue afirmativa, por favor remitir información y estudios médicos por los cuales se llegó a este diagnóstico

16. Hallazgos Objetivos: Por favor adjunte a esta declaración copia de todos los estudios que presente desde el inicio de la afección, evolución, hasta la actualidad (RMN, TAC, ecocardiograma, datos de laboratorio e información clínica). En caso de que no sea factible el envío, sírvase detallarlos, incluyendo sus resultados y fecha de realización.

17. Programa de Cuidado recomendado (incluya cualquier tratamiento o terapia recetada incluyendo su duración) para mejorar o mantener su estado funcional actual:

18. Pronóstico y metas. Marque la opción que corresponda:

- Mejoramiento en estado funcional esperado en menos de 3 meses
- Mejoramiento en estado funcional esperado dentro de 3 a 6 meses
- No se espera cambio en estado funcional
- Deterioración en estado funcional esperado en 3 a 6 meses
- Deterioración en estado funcional esperado en 6-12 meses

Informe del Médico

Seguro de cuidados prolongados

Sería de gran ayuda si Ud. nos pudiera entregar informes de hospital, valoración de ECG, análisis de laboratorio e informes histológicos, así como cualquier otra prueba que Ud. pudiera tener.

Declaro que lo expresado por mí en este Informe es exacto y completo, según mi saber y entender. Datos del Médico:

Nombre y Apellido del médico:

Matricula:

Domicilio del consultorio:

Teléfono:

Lugar y fecha: / /

Firma, aclaración y sello del Médico

Envíanos esta documentación a Supervielle Seguros S.A.:
Por mail: denunciasiniestros@supervielleseguros.com
Centro de Atención Telefónica: 0800 345 1599
de lunes a viernes de 9 a 21 hs.

