

1) Apellido de pila del médico _____ Nombre _____
(en LETRAS DE MOLDE)
 Dirección _____

2) Apellido de pila de la víctima _____ Nombre _____
 Dirección _____

3) Fecha y hora del accidente _____

4) Fecha y hora del primer reconocimiento médico _____ hora

5) Lesiones (mencionar el índole y las partes del cuerpo lesionadas) _____

6) ¿ Dónde se cuida la víctima? _____

7) ¿ La víctima puede desplazarse? Si No

8) La duración probable del tratamiento _____

9) ¿ Se preve una curación completa? _____

10) ¿ Opina usted que la lesión constatada puede ser la consecuencia del accidente mencionado en el rubro 6? Si No

11) ¿ Es posible que por la condición anterior (defectos físicos, males o enfermedades) se teme por complicaciones? Si No
 ¿ En caso que sí, cuáles? _____

12) a. ¿ Se ha efectuado una intervención quirúrgica? Si No
 ¿ En caso que sí, cuál? _____
 En qué establecimiento y por qué cirujano? _____

b. ¿ Se hizo examen radiográfico para la diagnosis y/o el control? Si No
 ¿ Qué radiólogo lo hizo? _____

c. ¿ Usted desea la intervención de un médico especialista? Si No

13) Observaciones _____

NB: Ethias interviene en los gastos de cuidado arriba de los pagos legales de la caja de seguro de enfermedad y está de antemano de acuerdo con cada tratamiento especializado (masaje y fisioterapia) que fue aprobado por el médico consultante del seguro de enfermedad en cuanto se trata de accidente garantizado.

Hecho en _____ el _____
Firma del médico