

# INFORME MEDICO

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO ENCARGADO

1.- Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

2.- Dé su diagnóstico completo \_\_\_\_\_

3.- Si se practicó cirugía, describa la operación \_\_\_\_\_

¿ Dónde se efectuó la operación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ del 200 \_\_\_\_\_

Honorarios por cirugía únicamente  
( exclúyanse los honorarios por visitas médicas, anestesia, etc. ) L. \_\_\_\_\_

4.- Dé todas las fechas en que atendió al paciente en el hospital \_\_\_\_\_

Total \_\_\_\_\_ Visitas L. \_\_\_\_\_ c/u

5.- ¿ Ordenó usted la hospitalización ? \_\_\_\_\_ Nombre del Hospital \_\_\_\_\_

Admitido el \_\_\_\_\_ del 200 \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ A.M P.M Salida \_\_\_\_\_ del 200 \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ A.M P.M  
Dia Mes Año Dia Mes Año

6.- Según su opinión ¿ cuándo se originó la causa de esta lesión ? \_\_\_\_\_

7.- ¿ Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión ? Si  No

8.- ¿ Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente continúa o completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de las labores ?  
Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

9.- ¿ Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado ?  
Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

10.- Obligaciones del paciente en su trabajo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES Y DESGLOSE DE HONORARIOS MEDICOS: \_\_\_\_\_ F.6/63

10 - ¿ Estuvo hospitalizado por esta lesión? Si  No  en caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_  
Nombre del Hospital \_\_\_\_\_  
Fecha de ingreso \_\_\_\_\_  
11 - Totalmente incapacitado: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_  
Parcialmente incapacitado: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_  
Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y correctas, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y a otras personas que me atiendan y a todas las clínicas y otras instituciones para que suministren a ASSEURADORA HONDUREÑA, S.A. cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos. Exámen de laboratorio y Rayos X pertenecientes a esta institución. Queda entendido que la Compañía de Seguros se reserva el derecho de solicitar la duplicación de esta información de esta institución de todas las facturas necesarias para la emisión de su completa satisfacción.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Assegurado \_\_\_\_\_

SECCION B: PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO ENCARGADO. (VEASE DORSO)