



• **Informe del Médico Asistente sobre la Incapacidad del Asegurado**

Ministerio:..... Repartición:.....
Nombres y Apellidos completos del asegurado:.....
Domicilio Actual:..... D.N.I.:.....
Edad:.....Ocupación:.....

- 1°- ¿Desde qué fecha lo atiende o atendió Ud.?.....
- 2°- El asegurado fue derivado a Ud. por algún facultativo médico? En caso afirmativo: Nombre y Apellido del mismo:.....
- 3°- ¿Cuál es la enfermedad o afección que determina la incapacidad actual del asegurado?.....
- 4°- ¿Es una enfermedad de evolución lenta, prolongada y crónica?.....
- 5°- ¿Cuáles son los síntomas o signos principales que padece actualmente?.....
- 6°- ¿Además del examen clínico, se realizaron otras pruebas diagnósticas? ¿Cuáles?
¿Qué resultado dieron?.....
- 7°- A) ¿Existen posibilidades de mejoría o curación?.....
B) En caso afirmativo ¿Dentro de cuánto tiempo?.....
- 8° - ¿El asegurado puede desempeñar su ocupación habitual?.....
- 9°- ¿Y alguna otra ocupación? ¿Cuál?.....
- 10°- ¿Estima Ud. que el asegurado está incapacitado en forma total y permanente para el trabajo?.....
En caso contrario ¿En qué grado se encuentra afectada su capacidad laboral?.....
- 11°- ¿Desde qué fecha se encuentra el asegurado en tal situación?.....
- 12°- ¿En caso de que la afección causal fuera de carácter Psíquico o repercutiera sobre el intelecto, ¿posee el asegurado discernimiento suficiente como para obrar por sí en asuntos de intereses propios?.....
- 13°- Observaciones:.....

Fechado en.....el.....de.....de 20.....

NOMBRE ACLARADO DEL MÉDICO ASISTENTE

FIRMA DEL MÉDICO ASISTENTE

DOMICILIO

IMPORTANTE

Este cuestionario debe ser contestado de su puño y letra por el médico que asistió al asegurado con motivo de la enfermedad o traumatismo que determina su incapacidad actual. A todos los efectos judiciales o extrajudiciales la presente, tiene carácter de DECLARACIÓN JURADA.