



**INFORME MÉDICO**  
**(Extendido por médico competente)**  
**SEGURO DE ACCIDENTES**  
**PERSONALES**

Nombre del Paciente:					
Identidad No.:		Edad:		Ocupación:	
Lugar de trabajo:					
Fecha de la primera consulta:		día	mes	año	Hora:
Centro médico donde atendió al paciente:					
¿Quién autorizó la atención médica?					
Favor exponga los daños que presenta el paciente: _____					
Indique la causa de los daños que presenta el paciente: _____					
Indique el tratamiento médico que aplicó al paciente: _____					
Tipo de tratamiento:		¿Tratamiento por accidente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Tratamiento por enfermedad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Hospitalario <input type="checkbox"/>	Explique: _____				
Ambulatorio <input type="checkbox"/>					
Otros <input type="checkbox"/>					
¿Continuará el paciente bajo su tratamiento médico?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Explique: _____	
_____					
¿Cuándo terminará su tratamiento?					
¿Ha quedado el paciente con algún impedimento físico?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Explique: _____					
¿Indicó incapacidad laboral al paciente?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Cuántos días?	A partir del:
Hasta:		¿Por qué?:			
_____					
¿Murió el paciente?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Explique la causa: _____	
_____					
Nombre del médico:				Colegiación No.:	
Firma y sello del médico			Lugar y fecha		