



Informe MEDICO TRATANTE

Estimado Doctor:

La entrega de esta información será de gran ayuda para una evaluación de suscripción equánime y justa, en beneficio del propio paciente. CORPVIDA cuenta con una autorización firmada por su paciente para estos efectos, cuya copia le podemos adjuntar a este documento, si Ud. lo requiere.

Agradeceremos devolver por Correo esta información, o a través del Consultor Financiero respectivo, lo más pronto como le sea posible.

Contar con su valiosa información, ayudará a su paciente a optar por el Seguro de Vida que está en etapa de suscripción en CORPVIDA.

Gracias por su atención y colaboración.

Dr. Juan Cataldo A.

Médico Asesor Compañía de Seguros CORPVIDA

Este cuestionario forma parte de la Solicitud N° _____ de fecha _____

del Seguro de Vida del Sr (a): Oscar Iván Aguirre Rojas
Nombres Apellidos

RUT: 7.098.826-7 Fecha de Nacimiento: 18/12/1959

1. ¿Cuánto tiempo lleva Usted atendiendo al solicitante?: 21 años.

Fecha de la primera consulta: - - 92

2. Diagnóstico: Parálisis Facial periférica

Fecha del diagnóstico: idem.

3. Describa cuál fue la sintomatología o motivo de la consulta inicial: Consultó en la década del 90 por Parálisis facial periférica.

4. ¿Está Ud. enterado de cualquier tratamiento previo que haya recibido?: No Si

5. Informe antecedentes familiares morbidos de importancia: El 98 por ciento un cuadro de alteración visual que se manejó con corticoides.

6. Detalle el tratamiento médico prescrito: con buen resultado. Responde el 2001 por un cuadro

7. Complicaciones de la enfermedad: vestibular central y el año 2005 se diagnostica una enfermedad inflamatória de



Informe MEDICO TRATANTE

8. Detalle exámenes de laboratorios o procedimientos realizados, sus resultados y fechas:

mielograma del SNC. el año 2010 se diagnosticó síndrome del quírculo torácico y se operó

9. El paciente recurre regularmente a su consulta y sigue el tratamiento?: No Si

10. ¿Se encuentra actualmente en tratamiento?: No Si

Especifique:

puediendo con una mono-plejia supriol rofde. se constata

11. ¿Ha sido dado de alta?: Sí Indique la fecha:

12. ¿Existe posibilidad de discapacidad física y/o síquica producto de su enfermedad?: No Si

13. ¿Existe posibilidad de recidiva o recurrencia de la enfermedad?: No Si

se una lesión del plexo braquial izquierdo, post ganglionar, no recuperable.

14. Informe de otros antecedentes mórbidos de importancia actuales y/o remotos:

Su monooplejia es definitiva.

Otra movilidad oviende

15. ¿Existe biopsia?: No Si (Si existe informarla y adjuntarla, si es posible)

es una AMP lumbar operada (2008)

16. Pronóstico:

17. Talla Peso Presión arterial

Observaciones del Médico Tratante:

Dr. Mario Rivera K.
Neurólogo
R.U.T.: 7.131.929-6
R.C.M.: 14305-7

Formalmente declaro que los detalles y las respuestas anteriores son ciertas y completas.

Nombre:

Mario Rivera Kindel

R.U.T.:

73192-6 R.C.M.: 14305-7

Fecha:

29/07/2011

Dirección:

Newlek 464

Teléfono:

9-2393211