

SI FUE ACCIDENTE POR FAVOR DILIGENCIE:

- ¿En qué forma ocurrió el accidente? _____

- ¿Qué institución atendió en primera instancia? _____ Ciudad _____
- ¿Presentaba signos o síntomas de embriaguez o ingestión de drogas heróicas o alucinógenas? _____
- ¿Se realizó prueba de alcoholemia? _____ Resultado _____

INDIQUE EL TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO REALIZADO AL PACIENTE:

NOMBRE TRATAMIENTO	INSTITUCIÓN	FECHA INGRESO	FECHA EGRESO

¿TRATAMIENTOS PENDIENTES? ☐ SI ☐ NO

- Quirúrgicos. Detallar _____
- Médicos. Detallar _____
- Rehabilitación. Detallar _____
- El asegurado puede trabajar con la lesión actual ☐ SI ☐ NO

SECUELAS DEFINITIVAS

PRONÓSTICO

_____	_____
_____	_____
_____	_____

INCAPACIDAD TEMPORAL DESDE _____ HASTA _____

EN CASO DE MATERNIDAD POR FAVOR DILIGENCIE:

- ¿Cuál fue la FUR? _____ ¿Cuál la edad gestacional del recién nacido? _____

Certifico que las respuestas que he dado están completas y son verídicas.

Fecha de esta declaración _____ Ciudad _____

Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del médico _____ No. Registro _____

Firma _____