

Formulario de Declaración del Médico Asistente por Fractura, Dislocaciones, Quemaduras, Desmembramiento, Pérdida Funcional y/o Gastos Médicos



MetLife Seguros S.A.

El asegurado debe obtener de su médico la presente declaración a su propio costo, y remitirla a la Compañía dentro de los treinta días de ocurrido el accidente.

! Por favor completar el presente formulario con una sola tinta, sin tachaduras ni enmiendas.

Datos del Paciente

Nombres y Apellidos

Documento de Identidad

Cobertura a Reclamar

Marque con una cruz el motivo de reclamación.

- Fractura de Huesos Dislocaciones Quemaduras
 Desmembramiento Pérdida Funcional Reembolso de Gastos Médicos

En caso de Fractura

Detalle Hueso/s Fracturado/s

Tipo de Fractura

Simple

Abierta

Múltiple

Cerrada

El paciente sufre de:

Osteoporosis Si No

Fecha de Diagnóstico ___ / ___ / ___

Enfermedades que favorecen las caídas, (Indique cuál):

Fecha de Diagnóstico ___ / ___ / ___

Mieloma y otras Gammopatías Monoclonales Si No

Fecha de Diagnóstico ___ / ___ / ___

Enfermedades Neoplásicas Actuales o Previa, (Indique cuál):

Fecha de Diagnóstico ___ / ___ / ___

Por favor indique la fractura en las figuras de la página 2.

En caso de Desmembramiento o Pérdida Funcional

Tipo de Lesión (Describa detalladamente diagnóstico y miembros afectados):

Sufrió Amputación de algún Miembro (Indique cuál):

Actitud del miembro (deformaciones, acortamiento, etc.):

Estado de la piel (cicatrices adherentes o no, dolorosas o indoloras, úlceras de decúbitos, fistulas, etc.):

Estados de los músculos (trofismo y tonicidad):

Palpación (dolor, derrames articulares, hematomas, abscesos):

Movilidad pasiva (rigidez, anquilosis, especificando los grados de movimiento):

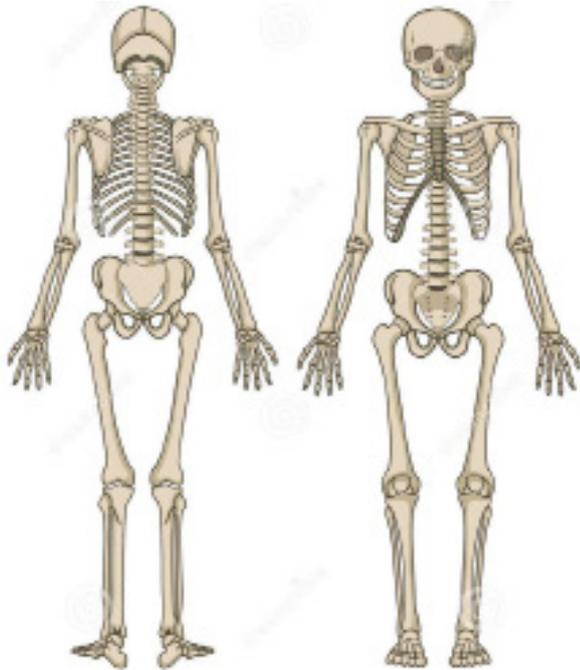
Movilidad activa (limitaciones, parálisis, disminución de fuerza, etc. especificando los grados de movimiento):

Las lesiones que presenta el asegurado, ¿son definitivas o existen posibilidades de recuperación?:

Fecha probable de alta médica:

Describa las posibles secuelas:

Por favor indique la lesión/es en las figuras de la página 2.



Marque Tipo de Fractura

Hueso	Múltiple cerrada o abierta	Simple abierta	Simple cerrada
Cráneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maxilar superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maxilar inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clavicula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omóplato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Húmero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cúbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esternón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelvis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fémur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rótula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tibia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peroné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metatarso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falanges de los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



En caso de Dislocaciones

Espina Cadera Rodilla Hombro Muñeca Tobillo Otros

1. Causa que originó la dislocación

2. Fecha del accidente (dd/mm/aa)

3. ¿Requirió intervención quirúrgica? Si No

4. Describa detalladamente diagnóstico y miembros afectados

5. Descripción Operatoria

En caso de Quemaduras

- Quemaduras de 3er. Grado que afecte a más del 15% del cuerpo
- Quemaduras de 3er. Grado que afecte a más del 4% del cuerpo y hasta el 15%
- Quemaduras de 1er. y 2do. Grado
- Quemaduras de tercer grado que afecte hasta el 4% inclusive del cuerpo

1. Causa que originó la quemadura

2. Fecha del accidente (dd/mm/aa)

3. ¿La quemadura se produjo por Insolación; quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales? (Detallar) Si No

En caso de Reembolso de Gastos Médicos

Diagnóstico Completo

Si se practicó cirugía describa la operación

Lugar dónde se efectuó la operación

Fecha de la Operación (dd/mm/aa)

Honorarios por Cirugía únicamente \$ U\$S

Otros Gastos Médicos Relacionados con el Accidente

Descripción

Importe \$ U\$S

DATOS PERSONALES: En mi carácter de médico asistente del paciente cuyos datos se consignan en este documento, declaro que he obtenido el consentimiento del titular para informar a MetLife Seguros S.A. los datos personales que aquí se informan, con la finalidad de que sean incorporados a la base de datos de MetLife Seguros S.A. para cualquier fin vinculado con la administración del seguro del titular de los datos personales. En todos los casos MetLife Seguros S.A. adoptará las medidas necesarias para proteger la integridad y seguridad de los datos, y evitar su alteración, pérdida, acceso y/o tratamiento no autorizado por terceros.

Firma Médico tratante

Declaro no tener ninguna relación familiar con el Asegurado.

Firme
Aquí

Sello

Nº de Registro

Especialidad

Fecha (dd/mm/aa)

Firma Asegurado

Firme
Aquí

Asegurado

Aclaración

C.I.

Lugar

Fecha (dd/mm/aa)

Vías de contacto

Dirección:

Yaguarón 1407 piso 4 of. 401, Montevideo.

Email:

atencion.clientes@metlife.com.uy

Por Consultas:

0800 2700

VMFRAC001 UY ED 02/2022