

# Denuncia de Enfermedades Graves. Declaración del Médico Asistente.



MetLife Seguros S.A.

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

## Datos del Asegurado

Nombres

Apellidos

1. Naturaleza y relevancia de la enfermedad del Asegurado

2. ¿Es la primera vez que el paciente recibe dicho diagnóstico?  Si  No

3. Fecha del diagnóstico de la enfermedad (dd/mm/aa)

4. ¿Cuándo fue Ud. consultado por primera vez en relación con la enfermedad?

5. ¿Es Ud. el médico habitual de cabecera del Asegurado?  Si  No

6. ¿A qué tratamiento se lo ha sometido y que tipo de medicación recibe?

7. ¿Con qué frecuencia acude el Asegurado a su consulta?

8. Tiene conocimiento de algún hallazgo en el historial previo del Asegurado que pueda estar conectado con la enfermedad que padece?

9. ¿Qué limitaciones físicas y/o neurológicas tiene el Asegurado en la actualidad?

**10. En caso de enfermedades del corazón, indique:**

Historial de dolores torácicos  Si  No | Fecha (dd/mm/aa)

Alteraciones del Electrocardiograma

Ecocardiograma | Fecha (dd/mm/aa)

**11. En el caso de cirugía arterio-coronaria, indique detalles en cuanto a la intervención efectuada:**

---

---

---

**12. En caso de apoplejía, hemorragia o infartos cerebrales, indique detalles en cuanto a:**

Cualquier secuela neurológica con una duración de más de 24 horas:

---

---

---

Ha habido infarto cerebral, hemorragia o embolia provocados por fuente extracraneal:

---

---

---

Le rogamos aporte pruebas del déficit neurológico actual:

---

---

---

**13. En caso de cáncer, describa con detalle el diagnóstico realizado:**

---

---

---

Anatomía Patológica  Si  No

Fecha (dd/mm/aa)

Tipo de Tumor

Grado

**14. En caso de Insuficiencia Renal Crónica:**

Requiere Diálisis  Si  No

Frecuencia

Trasplante Renal  Si  No

Fecha (dd/mm/aa)

**15. Otras Enfermedades** (Detalle la que corresponda con fecha de diagnóstico y tratamiento):

Esclerosis Múltiple

---

---

---

Distrofia Muscular

---

---

---

Parálisis

---

---

---

## 16. Trasplante de Órganos *(Marque la que corresponda)*

Riñón    Corazón    Pulmón    Hígado    Páncreas    Médula Ósea

---

---

---

**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.

### Firmas

Declaro no tener ninguna relación familiar con el Propuesto Asegurado.

Firme Aquí	Médico Tratante	Sello	Nº de Registro
	Especialidad	Fecha (dd/mm/aa)	

### Vías de contacto

**Dirección:** Yaguarón 1407 piso 4 of. 401, Montevideo.      **Email:** [atencion.clientes@metlife.com.uy](mailto:atencion.clientes@metlife.com.uy)      **Por Consultas:** 0800 2700