



Compañía de Seguros

Edificio Corporativo ASSA, Pista Jean Paul Genie, costado oeste.
Edificio BID, MR-67 Managua, Nicaragua.
Teléfono: (505) 2276-9000 | reclamospersonasni@assanet.com
Web www.assanet.com.ni

Certificado Médico No. 1

1. Nombre del accidentado: _____ Edad _____ Sexo M F
2. Fecha de la primera visita del médico al accidentado: _____
3. ¿De qué dolores y alteraciones de funciones se queja el lesionado? _____

4. ¿Qué lesiones o síntomas encontró usted en el primer examen? _____

5. ¿Son las consecuencias directas y exclusivas del accidente? _____
6. a. ¿Estaba en buena salud el lesionado antes del accidente? _____
b. ¿Tenía o tiene todavía, síntomas de enfermedades que agravó el cuadro clínico? Describa:

c. ¿Sigue padeciendo de las consecuencias de un accidente anterior? Describa:

7. a. Dx de ingreso: _____
b. Dx de egreso: _____
8. Operación efectuada: _____
9. Hallazgo Transoperatorio: _____

10. Manejo Intrahospitalario: _____

11. Hallazgo de alta: _____

12. Honorarios por cirugía y/o tratamiento (inclúyase: ayudantes y otros médicos, exclúyase: anestesia, sala y otros gastos de hospital)
C\$ _____
13. ¿Ordenó usted la hospitalización? _____ Nombre del hospital: _____
admitido el _____ de _____ a las _____
Salida: a. Fue _____ de _____ a las _____
b. Será _____
14. Según su opinión, ¿cuándo y cómo se originó la causa básica de esta lesión? _____

15. ¿Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión? _____

16. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente continua y completamente incapacitado para efectuar todas y cada una de sus labores?

Desde _____ hasta _____

17. ¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente parcialmente incapacitado? _____

Porcentaje de incapacidad: _____ % desde _____ hasta _____

_____ % desde _____ hasta _____

18. Obligaciones del paciente en su trabajo: _____

Observaciones: _____

Nombre, código y sello del médico

Firma del médico

Número de cédula

Teléfono

Correo Electrónico

Lugar y Fecha: _____

_____ de _____ de _____