

Nota: Este informe deberá ser llenado a máquina ó con letra de molde legible.

Muy importante: Por el hecho de proporcionar este formulario o investigar la reclamación, Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa no quedará obligado a admitir validez de ninguna reclamación ni el monto de ella, ni a renunciar a los derechos que le correspondan conforme a la ley y al clausulado de la póliza.

Nombre del paciente:				
Fecha y lugar en que atendio usted por primera vez a la persona arriba citada de la lugar en que atendio usted por primera vez a la persona arriba citada de la lugar en que el paciente inicio su enfermedad o sufrió el accidente:				
Antecedentes personales patológicos:				
Talla: Peso:	T.A.:			
Diagnóstico(s) de (los) padecimiento(s)				
Descripción y cuadro clínico (inicio y evolución)				
Descripcion y cuadro cinnico (inicio y evolucion)				
Description y cuadro clinico (inicio y evolucion)				
Resumir tratamiento a emplear (ya sea quirúrgico o tratamiento médico)				

Médico(s) que intervendran en el tratamiento médico ó quirúrgico				
Nombre y espe	cialidad	Dirección y Teléfo	ono	Participación en el ca
Comentarios adicionales del médico t	ratante:			
Nombre del médico:				
Especialidad:				
Dirección:				
		Tel. Radio:		
		Cédula de especialidad		
		_ No. de Certificación del consejo:		
Como médico tratante del afectad los cuales haya acudido el asegui Inbursa, S.A. Grupo Financiero Ir	rado para el diagnóstico o tr	ni consentimiento a los hospitales, sa ratamiento de cualquier enfermedad d elativos al caso.	natorios, clinicas, gab o accidente, para que p	inetes, laboratorios, a roporcione a Seguros
Fecha en que fue llena	do este informe	Nombre y Firma del médico		