

**DENUNCIA  
DE ACCIDENTES****Declaración del médico asistente**

El asegurado debe obtener de su médico la presente declaración a su propio costo, y remitirla a la compañía dentro de los 15 días de ocurrido el accidente.

Actitud del miembro (deformaciones, acortamiento, etc) :

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

Estado 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 de probable de alta médica :

Describa las posibles secuelas :

Otros datos complementarios :

Se ruega al Sr. Médico Asistente indicar en el esquema el sitio de las lesiones :



\*Firma y sello del contratante :

Lugar y fecha :

\*Nombre y apellido del médico asistente :

Sello y firma del médico asistente :