

## SALUD SEGURA MAX

SR. ASEGURADO Y MÉDICO TRATANTE: ES INDISPENSABLE ADJUNTAR AL PRESENTE FORMULARIO FOTOCOPIA DE LOS ÚLTIMOS ESTUDIOS, A LOS FINES DE UNA CORRECTA AUDITORÍA Y POSTERIOR ENVÍO DE LA MEDICACIÓN.

PÓLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA A CORPORACIÓN
NRO. DE SINIESTRO		

TOMADOR O TITULAR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL											
	TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> CUIT											
	NRO.: _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____											
	CALLE:						NRO.		PISO		DTO.	
CÓD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA			TELÉFONO		

ASEGURADO ATENDIDO	APELLIDO Y NOMBRES											
	TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI											
NRO.: _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____												
FECHA DE NACIMIENTO												

DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y GENERALES	EDAD		TALLA		PESO		SUP. CORPORAL		T.A.	
	AÑOS		CM.		KGS.		M <sup>2</sup>		MM/HG.	
	TABAQUISMO ACTIVO		INSUFICIENCIA HEPÁTICA				APP		INSUFICIENCIA RENAL	
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		%		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	EDAD		DIÁLISIS CRÓNICA				NÚMERO SESIONES PROM./MES			
AÑOS		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
CLEARANCE DE CREATININA						FECHA DE COMIENZO DE TRATAMIENTOS ANTERIORES				

PROFESIONAL TRATANTE	APELLIDO Y NOMBRES											
	MATRÍCULA				ESPECIALIDAD				MATRÍCULA ESPECIAL			
	INSTITUCIÓN						E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO)					
	CALLE						NRO.		PISO		DTO.	
	CÓD. POSTAL				LOCALIDAD				TELÉFONO		TELÉFONO CELULAR	

LUGAR DE ENTREGA DE MEDICAMENTO	CALLE						NRO.		PISO		DTO.	
	CÓD. POSTAL		LOCALIDAD				TELÉFONO		TELÉFONO CELULAR		HORARIO SUGERIDO:	

DIAGNÓSTICO / TIPIFICACIÓN - EXTENSIÓN / ESTADIFICACIÓN:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

LUGAR: _____	_____	_____
FECHA: ____/____/____	FIRMA DEL ASEGURADO	FIRMA DEL PROFESIONAL MÉDICO

A COMPLETAR POR SANCOR COOP. DE SEGUROS LTDA.	AUTORIZACIÓN		<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO	
	CAUSA DE LA NEGATIVA		<input type="checkbox"/> FALTA DE PAGO		<input type="checkbox"/> FUERA DE VIGENCIA	
			<input type="checkbox"/> NO ASEGURADO		<input type="checkbox"/> EN CARENCIA	
			<input type="checkbox"/> PREEXISTENCIA		<input type="checkbox"/> OTROS:	
	FECHA: ____/____/____		VºBº AUDITORÍA MÉDICA		AMPLIACIONES MÉDICAS A SOLICITAR:	
		FIRMA		_____ FECHA: ____/____/____		
				_____ FECHA: ____/____/____		

Datos Clínicos Requeridos: \* Diagnóstico Oncológico \* Copia de Informe de Biopsia \* Estadificación TNM \* Copias de Informes de los estudios: TAC, RNM, Centellograma o Ecografía \* Denominación del protocolo \* Ciclos Estipulados como tratamiento \* Objetivo del tratamiento \* Tratamiento previo recibido (para tratamientos de segunda línea) \* Copia del protocolo quirúrgico e informe patológico posterior (En caso de haber sido operado)