Penta Vida

CUESTIONARIO DE TRASPLANTES

Este Cuestionario es confidencial y debe ser completado por tu médico tratante

Nombre completo paciente: _____
RUT paciente: _____
Edad paciente: _____

1. **Diagnóstico**

Por favor, identifique el diagnóstico del paciente y la fecha del mismo:

Diagnóstico: _____

Fecha del diagnóstico: _____

Fecha del trasplante: _____

2. Trasplante

	Detalle
¿El paciente fue receptor o donante de un trasplante?	
¿Qué órgano fue trasplantado?	
¿El órgano estaba lesionado o enfermo?	
¿El trasplante fue total o parcial?	
¿Fue un trasplante autólogo?	

Penta Vida

3. Datos del profesional

Nombre completo del médico: _____

RUT: _____ Fecha: _____

Firma: _____ N° de Registro: _____

Timbre: _____

El cliente declara que las respuestas anteriores son verídicas y forman parte de la evaluación del siniestro y acepta que las mismas formen parte del resultado de la liquidación del siniestro.

_____ _____

Fecha **Firma cliente**