

Querido doctor,

Su paciente tiene una póliza de seguro de vida que proporciona un beneficio **si padece una enfermedad terminal y su esperanza de vida es inferior a 12 meses.**

Para evaluar este reclamo, le solicitamos que proporcione un informe en relación con la enfermedad y el pronóstico de este paciente, incluyendo las respuestas a las siguientes preguntas:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

No. de identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: dd/mm/aa

1. Proporcionar diagnóstico definitivo, comorbilidades y complicaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Fecha del Diagnóstico: dd/mm/aa

3. Describa qué síntomas estuvieron presentes inicialmente y su duración:

SÍNTOMAS	FECHA DE COMIENZO	DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

4. Indique las fechas y los resultados de las pruebas/investigaciones para esta

SÍNTOMAS	FECHA DE COMIENZO	DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

5. Confirme el(los) sitio(s)/órgano(s) afectado(s) y la gravedad de la enfermedad: \_\_\_\_\_

6. Confirme la histología y la estadificación y proporcione una copia de todos los informes de patología: \_\_\_\_\_

7. Indique si su paciente es fumador y si abusa de alguna sustancia y en caso afirmativo explique de qué tipo, cuántas por día y por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_

8. ¿Este paciente ha padecido anteriormente la misma afección o una afección relacionada?  
En caso afirmativo, explíquelo por favor: **SÍ**  **NO**  \_\_\_\_\_

9. ¿Existen antecedentes familiares de esta enfermedad?  
En caso afirmativo, explíquelo por favor: **SÍ**  **NO**  \_\_\_\_\_

10. ¿Cómo es la condición médica actual del paciente? \_\_\_\_\_

11. ¿Existe una mutación conductora susceptible de tratamiento dirigido? (Por favor proporcione detalles) \_\_\_\_\_

12. Por favor proporcione detalles del tratamiento actual: \_\_\_\_\_

13. ¿Cuál ha sido la respuesta del paciente al tratamiento? \_\_\_\_\_

---

---

14. ¿Se han agotado todas las opciones de tratamiento? **SÍ**  **NO**

15. ¿Cuáles son los planes de tratamiento futuros y cuál es el objetivo de dicho tratamiento?

---

---

16. ¿Existe algún factor de riesgo que afecte el pronóstico? **SÍ**  **NO**

En caso afirmativo, proporcione detalles: \_\_\_\_\_

---

---

17. ¿Cuál es el pronóstico en su opinión? \_\_\_\_\_

---

---

18. ¿En su opinión su esperanza de vida es inferior a 12 meses? **SÍ**  **NO**

Por favor explique las razones/bases de su opinión: \_\_\_\_\_

---

---

19. ¿Existe alguna otra información que nos resulte útil para evaluar la reclamación de este paciente? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

## INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de licencia profesional: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_

Número de WhatsApp: \_\_\_\_\_

Como médico tratante autorizado, autorizo a todos los hospitales donde el asegurado fue atendido a otorgar a Olé Insurance Group Corp. I.I. todos los informes que se refieran al asegurado, incluyendo todos los datos de condiciones anteriores. Bajo juramento de decir verdad, declaro que la información proporcionada en este formulario es correcta y verdadera y entiendo que quien presente información falsa o inexacta es culpable de delito y sujeto a las sanciones correspondientes.

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Fecha: dd/mm/aa

### Por favor incluya los siguientes documentos:

1. Copia de los informes de todos los exámenes médicos realizados desde la fecha del diagnóstico original.
2. Copia de las notas del consultorio de todas las visitas desde la fecha del diagnóstico original.
3. Nombre e información de contacto de cualquier otro médico que haya participado en la atención de este paciente.