



DDJJ MECANISMO DE TRAUMA Y RESPONSABILIDAD CIVIL Y PENAL

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:

EDAD:

DNI:

DIAGNÓSTICO:

Declare cómo, cuándo y en qué situación o circunstancia se lesionó el paciente. Ej: "El paciente se lesionó miembro inferior derecho en un accidente en moto mientras se dirigía a su trabajo el 20/12/2022".

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

El/los suscripto/s.....

declara/n bajo juramento que la información precedentemente suministrada es auténtica, y que las respuestas consignadas y sus ampliaciones y aclaraciones, aún en instrumento separado o por otros medios pero referidas a los hechos declarados, han sido completadas teniendo pleno conocimiento de que cualquier ocultamiento, omisión, falsedad, inexactitud o reticencia sobre lo declarado, determinará la limitación o exclusión de la cobertura solicitada, sin perjuicio del derecho a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y sanciones penales que pudieran corresponder.

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI: