

**CUESTIONARIO PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
"PROFESIONAL DE LA SALUD"**

Nro. de agencia .....

Nro. de zona .....

1. Asegurable (Ud.): ..... Tipo y N° Doc.: ..... F.de Nacimiento: ...../...../.....

2. Matrícula profesional N°: ..... Extendida por: .....

3. Domicilio particular: ..... Localidad: ..... Teléfono: .....

4. Domicilio profesional: ..... Localidad: ..... Teléfono: .....

5. Tipo de Práctica:  Individual  
 Empleado:  Sin dependencia  Con dependencia Empleador: .....

6. Entidades del servicio de la salud de la(s) cual(es) Ud. es Propietario, Co-propietario, Socio, Accionista o Director Médico:

Nombre de la Entidad	Localidad	Descripción de su relación	% de su trabajo en la Entidad
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

7. Asociaciones, Colegios o Sociedades Profesionales a las que Ud. pertenece: .....

8. Suma asegurada:  \$50.000  \$75.000  \$100.000  \$150.000  \$200.000

9. Base de cobertura:  Ocurrencia  Reclamo (Claims-Made: C-M)

10. ¿Es Usted

Jefe de Equipo	Jefe de Guardia	Jefe de Servicio	Médico Residente	Médico Asistente	Médico Concurrente
<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	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

11. ¿Realiza Ud. guardias?  No  Activas  Pasivas  En ambulancias

12. a) ¿Emplea Ud. algún profesional de la salud?  Si  No

b) En caso afirmativo, ¿Le requiere Ud. prueba por escrito de cobertura de Resp.Civil (ej.: copia de póliza)?  Si  No

Nombre del profesional	Especialidad	Asegurador / Fondo solidario	Suma asegurada
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

13. En caso de Ud. haber tenido cobertura de Responsabilidad Civil Profesional vigente durante el último año, sírvase especificar:

Asegurador / Fondo solidario	Vigencia de la póliza	Límites de la suma asegurada
.....	.....	.....
Por Evento: .....		Agregado anual: .....
Tipo de Cobertura	Si C-M, fecha retroactiva	Si C-M, años de la extensión
<input type="checkbox"/> Ocurrencia <input type="checkbox"/> Reclamo (C-M)	...../...../.....	.....
		¿Compró la extensión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

14. ¿Ha recibido Ud. certificación de la Comisión Examinadora en alguna especialidad?  Si  No

Especialidad	Fecha otorgada	Fecha de Recertificación
.....	...../...../.....	...../...../.....
.....	...../...../.....	...../...../.....

15. Nombre todas las instituciones médicas y la localidad donde Ud. ejerce su profesión: .....

16. Nombre todas las instituciones médicas y la localidad donde Ud. ha ejercido su profesión durante los últimos 4 años: .....

17. ¿Ha habido algún reclamo o demanda que se haya formulado en su contra? (incluya en hoja adjunta todos los reclamos o demandas mientras estuvo comprometido en su entrenamiento y/o práctica)  Si  No

18. ¿Tiene Ud. conocimiento alguno de reclamos pendientes, de cualquier actividad (incluyendo petición de historias clínicas) o de circunstancia alguna que pudiese dar surgimiento a un reclamo o demanda en el futuro?  Si  No

19. Amplíe cualquier respuesta afirmativa en una hoja separada avalando con fecha y firma:

- a) ¿Es Ud. miembro de un equipo de la sala de emergencias de algún hospital?  Si  No
- b) ¿Ud. desempeña funciones para alguna institución que presta servicios de emergencias domiciliarias?  Si  No
- c) ¿Alguna vez ha sido Ud. rechazado, censurado, restringido, suspendido o revocado por alguna sociedad o asociación médica profesional?  Si  No
- d) ¿Alguna vez le han cancelado, no renovado, restringido o sobretasado su seguro de Responsabilidad Civil, o ha recibido alguna carta de su asegurador con tal intención?  Si  No

- e) ¿Alguna vez se le ha suspendido, revocado o en cualquier forma limitado su licencia médica, o su certificación en alguna especialidad?  Si  No
- f) ¿Ha habido algún cambio en su práctica o especialidad en los últimos cinco (5) años?  Si  No
- g) ¿Efectúa Ud. o participa en algún procedimiento quirúrgico en su consultorio profesional o en otro lugar fuera de un hospital o clínica durante el cual se administre anestesia general?  Si  No
- h) ¿Ha firmado Ud. algún contrato donde accedió a indemnizar (liberar de perjuicios) a otros? En caso afirmativo, adjunte copia del contrato.  Si  No
- i) ¿Realiza actos médicos con aparatos, equipos o tratamientos no reconocidos por la ciencia médica?  Si  No
- j) ¿Realiza gastroplastía transversal o "bypass" intestinal; lipoaspiración/lipoescultura; procedimientos de control de peso que incluya la prescripción de drogas o procedimientos quirúrgicos?  Si  No
- k) ¿Asistió Ud. a congresos/cursos de educación médica continua el año pasado? (Liste estudios en hoja adjunta).  Si  No

**20. Por favor indique su especialidad y las técnicas que Ud. emplea. Marque todas aquellas que aplique e indique % de incidencia.**

**Clase 1:** Únicamente para consultas con fines de proveer un diagnóstico clínico y que no realicen ninguna clase de Cirugía (mayor o menor) o ningún Proceso Invasivo (mayor o menor), con excepción de la incisión de furúnculos y abscesos superficiales, o suturas de la piel o de la fascia superficial:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ALERGOLOGIA       | <input type="checkbox"/> INFECTOLOGIA          | <input type="checkbox"/> OBSTETRICIA           |
| <input type="checkbox"/> ANDROLOGIA        | <input type="checkbox"/> LARINGOLOGIA          | <input type="checkbox"/> OBSTETRICIA           |
| <input type="checkbox"/> CARDIOLOGIA       | <input type="checkbox"/> MEDICINA AEROESPACIAL | <input type="checkbox"/> /GINECOLOGIA          |
| <input type="checkbox"/> CITODIAGNOSTICA   | <input type="checkbox"/> MEDICINA BIOLOGICA    | <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA          |
| <input type="checkbox"/> CLINICA MEDICA    | <input type="checkbox"/> MEDICINA DE FAMILIA   | <input type="checkbox"/> ONCOLOGIA             |
| <input type="checkbox"/> DERMATOLOGIA      | <input type="checkbox"/> MEDICINA FORENSE      | <input type="checkbox"/> ORTOPEDIA             |
| <input type="checkbox"/> DIABETOLOGIA      | <input type="checkbox"/> MEDICINA GENERAL      | <input type="checkbox"/> OSTEOLOGIA            |
| <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA         | <input type="checkbox"/> MEDICINA INTERNA      | <input type="checkbox"/> OTOLOGIA              |
| <input type="checkbox"/> ENDOCRINOLOGIA    | <input type="checkbox"/> MEDICINA LEGAL        | <input type="checkbox"/> OTORRINOLARINGOLOGIA  |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES      | <input type="checkbox"/> MEDICINA NUCLEAR      | <input type="checkbox"/> PATOLOGIA             |
| <input type="checkbox"/> CARDIOVASCULARES  | <input type="checkbox"/> MEDICINA OCUPACIONAL  | <input type="checkbox"/> PEDIATRIA             |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES      | <input type="checkbox"/> MEDICINA PREVENTIVA   | <input type="checkbox"/> PSICOANALISIS         |
| <input type="checkbox"/> PULMONARES        | <input type="checkbox"/> MEDICINA              | <input type="checkbox"/> PSIQUIATRIA           |
| <input type="checkbox"/> FARMACOLOGIA      | <input type="checkbox"/> PSICOSOMATICA         | <input type="checkbox"/> RADIOLOGIA            |
| <input type="checkbox"/> FISIATRIA         | <input type="checkbox"/> MEDICINA RURAL        | <input type="checkbox"/> REHABILITACION FISICA |
| <input type="checkbox"/> GASTROENTEROLOGIA | <input type="checkbox"/> MEDICO ASISTENTE      | <input type="checkbox"/> REUMATOLOGIA          |
| <input type="checkbox"/> GENETICA          | <input type="checkbox"/> MEDICO DE FAMILIA     | <input type="checkbox"/> RINOLOGIA             |
| <input type="checkbox"/> GERIATRIA         | <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA            | <input type="checkbox"/> SALUD PUBLICA         |
| <input type="checkbox"/> GINECOLOGIA       | <input type="checkbox"/> NEUMOLOGIA            | <input type="checkbox"/> UROLOGIA              |
| <input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA       | <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA -          | <input type="checkbox"/> VASCULAR              |
| <input type="checkbox"/> HEMOTERAPIA       | <input type="checkbox"/> INCLUYENDO DE NIÑOS   |  |
| <input type="checkbox"/> HOMEOPATIA        | <input type="checkbox"/> NUTRICION             |  |

**Clase 2:** Realiza cirugía menor en alguna de éstas especialidades o realiza alguna de éstas prácticas:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ASISTENCIA A MEDICOS EN CIRUGIA MAYOR | <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR NEUROLOGICA             |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR                         | <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR OFTALMOLOGICA           |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR C/RADIOLOGIA -          | <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR ORTOPEDICA              |
| <input type="checkbox"/> DIAGNOSTICO                           | <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR OTOLOGICA               |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR CARDIOVASCULAR          | <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR OTORRINOLARINGOLOGICA   |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR DE DIABETES             | <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR PEDIATRICA              |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR DE MEDICINA INTERNA     | <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR RINOLOGICA              |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR DE PATOLOGIA            | <input type="checkbox"/> GERONTOLOGIA                          |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR DERMATOLOGICA           | <input type="checkbox"/> MEDICINA BIOLOGICA                    |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR ENDOCRINOLOGICA         | <input type="checkbox"/> MEDICINA DEL DEPORTE                  |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR ENFERM.INFECCIOSAS      | <input type="checkbox"/> MEDICINA TERAPIA INTENS.Y/O CORONARIA |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR GASTROENTEROLOGICA      | <input type="checkbox"/> NEONATOLOGIA - SIN CIRUGIA            |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR GERIATRICA              | <input type="checkbox"/> ODONTOLOGIA SIN CIRUG.CON IMPLANTES   |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR GINECOLOGICA            | <input type="checkbox"/> ONCOHEMATOLOGIA                       |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR HEMATOLOGICA            | <input type="checkbox"/> PEDIATRIA CON NEONATOLOGIA            |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR LARINGOLOGICA           | <input type="checkbox"/> REDUCCIONES DE FRACTURAS              |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA MENOR NEFROLOGICA             | <input type="checkbox"/> TERAPIA RENAL                         |

**Clase 3:** Realiza alguno de estos procedimientos pocos invasivos:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ACUMPUNTURA SIN ANESTESIA           | <input type="checkbox"/> DRENAJE PULMONAR                   |
| <input type="checkbox"/> BIOPSIA - PUNCION                   | <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA                         |
| <input type="checkbox"/> COLANGIOPANCREATOGRAFIA             | <input type="checkbox"/> INYECCIONES DE SUSTANCIA CONTRASTE |
| <input type="checkbox"/> RETR.ENDOSCOPICA                    | <input type="checkbox"/> LAPAROSCOPIA (PERITONEOSCOPIA)     |
| <input type="checkbox"/> COLONOSCOPIA                        | <input type="checkbox"/> PROCTOLOGIA                        |
| <input type="checkbox"/> DIAGNOSTICO POR IMAGENES            | <input type="checkbox"/> SIGMOSCOPIA                        |
| <input type="checkbox"/> DILATACION ESOFAG. NEUM. O MECANICA |   |

**Clase 4:** Realiza alguno de estos procedimientos invasivos importantes:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ANGIOGRAFIA                      | <input type="checkbox"/> LINFANGIOGRAFIA                   |
| <input type="checkbox"/> ARTERIOGRAFIA                    | <input type="checkbox"/> MIELOGRAFIA                       |
| <input type="checkbox"/> BRONCOESOFAGOSCOPIA              | <input type="checkbox"/> NEMUMOENCEFALOGRAFIA              |
| <input type="checkbox"/> CATETERES PARA REGISTRAR PRESION | <input type="checkbox"/> QUIMIOTERAPIA                     |
| <input type="checkbox"/> CATETERISMO ARTERIAL             | <input type="checkbox"/> TERAPIA DE LASER                  |
| <input type="checkbox"/> DISCOGRAFIA                      | <input type="checkbox"/> TERAPIA DE SHOCK                  |
| <input type="checkbox"/> FLEBOGRAFIA                      | <input type="checkbox"/> TERAPIA RADIANTE                  |
| <input type="checkbox"/> HEMODIALISIS                     | <input type="checkbox"/> VIAS CENTRALES EN FORMA RUTINARIA |
| <input type="checkbox"/> HEMODINAMIA                      |  |

**Clase 5 y 6:** Realiza cirugía mayor en alguna de éstas especialidades o realiza alguna de éstas prácticas

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA - GASTROENTEROLOGIA | <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE PRACTICANTE GRAL.O FAMILIA |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA - GERIATRIA         | <input type="checkbox"/> CIRUGIA LARINGOLOGICA                 |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA - NEFROLOGIA        | <input type="checkbox"/> CIRUGIA ORAL O MAXILOFACIAL           |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA - OFTALMOLOGIA      | <input type="checkbox"/> CIRUGIA OTOLOGICA                     |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA - UROLOGIA          | <input type="checkbox"/> CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGICA         |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE COLON Y RECTO    | <input type="checkbox"/> CIRUGIA RINOLOGICA                    |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE ENDOCRINOLOGIA   | <input type="checkbox"/> EMERGENTOLOGIA SIN CIRUGIA            |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE NEOPLASIA        | <input type="checkbox"/> IMPORTANTE                            |

**Clase 7 y 8:** Realiza cirugía mayor en alguna de éstas especialidades o realiza alguna de éstas prácticas

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGIA                     | <input type="checkbox"/> CIRUGIA ORTOPEDICA         |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA ABDOMINAL                  | <input type="checkbox"/> CIRUGIA PEDIATRICA         |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA CARDIACA                   | <input type="checkbox"/> CIRUGIA PLASTICA           |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA CARDIOVASCULAR             | <input type="checkbox"/> CIRUGIA PLASTICA           |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO         | <input type="checkbox"/> OTORRINOLARINGOLOGICA      |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE MANO                    | <input type="checkbox"/> CIRUGIA TORAXICA           |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA DERMATOLOGICA              | <input type="checkbox"/> CIRUGIA TRAUMATOLOGICA     |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA FLEBOLOGICA                | <input type="checkbox"/> CIRUGIA VASCULAR           |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA GINECOLOGICA NO OBSTETRICA | <input type="checkbox"/> EMERGENTOLOGIA CON CIRUGIA |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA NEONATOLOGICA              | <input type="checkbox"/> IMPORTANTE                 |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA NEUROLOGICA                | <input type="checkbox"/> LAPAROTOMIA                |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA OBSTETRICA                 | <input type="checkbox"/> LIPOSUCCION                |
| <input type="checkbox"/> CIRUGIA OBSTETRICA Y GINECOLOGICA  |   |

**Categoría 5:** Es profesional de la Salud pero no Médico en alguna de las siguientes especialidades:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ACUMPUTURA ANESTESICA              | <input type="checkbox"/> MUSICO TERAPEUTA                    |
| <input type="checkbox"/> ASISTENCIA DENTAL                  | <input type="checkbox"/> OBSTETRICA                          |
| <input type="checkbox"/> AUXILIAR DE ANESTESIA              | <input type="checkbox"/> ODONTOLOGO SIN CIRUGIA MAXILOFACIAL |
| <input type="checkbox"/> AUXILIAR DE LABORATORIOS CLINICOS  | <input type="checkbox"/> NI IMPLANTES                        |
| <input type="checkbox"/> AUXILIAR DE PSIQUIATRIA            | <input type="checkbox"/> OPTICO TECNICO                      |
| <input type="checkbox"/> AUXILIAR DE RADIOLOGIA             | <input type="checkbox"/> ORTOPTICO                           |
| <input type="checkbox"/> BIOQUIMICO                         | <input type="checkbox"/> PEDICURO                            |
| <input type="checkbox"/> CITOTECNICO                        | <input type="checkbox"/> PROFESOR EN EDUCACION DE SORDOS     |
| <input type="checkbox"/> ENFERMERIA PROFESIONAL (LEY 24004) | <input type="checkbox"/> PSICOLOGO                           |
| <input type="checkbox"/> FARMACEUTICO                       | <input type="checkbox"/> PSICOMOTRICISTA                     |
| <input type="checkbox"/> FISIOTERAPISTA                     | <input type="checkbox"/> PSICOPEDAGOGIA                      |
| <input type="checkbox"/> FONOAUDIOLOGO                      | <input type="checkbox"/> TECNICA DE ORTESIS Y PROTESIS       |
| <input type="checkbox"/> INSTRUMENTISTA                     | <input type="checkbox"/> TECNICO DE CALZADO ORTOPEDICO       |
| <input type="checkbox"/> KINESIOLOGO                        | <input type="checkbox"/> TECNICO SUPERIOR EN RADIOLOGIA      |
| <input type="checkbox"/> LICENC. EN NUTRICION               | <input type="checkbox"/> TERAPISTA OCUPACIONAL               |
| <input type="checkbox"/> MAESTRA DE HIPOACUSICOS            | <input type="checkbox"/> VISITADOR DE HIGIENE                |

**Observaciones:**

.....  
.....

Se hace constar que el Solicitante de este seguro declara conocer y aceptar íntegramente las Condiciones Generales y Particulares que se aplicarán en la Póliza que solicita. Este cuestionario tiene el tenor de una declaración jurada.

Queda convenido que si se concreta un contrato de seguro, este cuestionario formará parte integrante del mismo. El Asegurable tiene el deber de avisar a LA SEGUNDA C.L.S.G. dentro de las 72 horas de toda modificación en la información aquí declarada.

Lugar y fecha: ..... Firma y Aclaración: .....