

Debe ser completada por el Médico Tratante.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Asegurado:

Fecha de Nacimiento: dd /mm / aa

Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Estatura: _____ Peso: _____ Perímetro Abdominal: _____

Pies Pulgadas Metros Kilos Libras Pulgadas Centímetros

Perímetro de las Caderas: _____ ¿Usa productos de nicotina? **SI** **NO**

¿Que tipo de producto de nicotina?: _____ ¿Cantidad al día?: _____

Desde: dd /mm / aa Hasta: dd /mm / aa

INFORMACIÓN DE LAS ÚLTIMAS 5 CONSULTAS

FECHA	MOTIVO DE LA CONSULTA	RESULTADO / TRATAMIENTO	PRESIÓN ARTERIAL

ENFERMEDADES Y/O LESIONES

Diagnóstico(s) definitivo(s): _____

Fecha del diagnóstico: dd / mm / aa

Resultado de estudios de laboratorios realizados para diagnósticos y seguimiento de enfermedades o lesiones: _____

Resultado de electrocardiograma o pruebas de función cardiovascular realizadas para diagnóstico y seguimiento de la enfermedades o lesiones: _____

Resultado de estudios por imágenes realizados para diagnóstico y seguimiento de enfermedades o lesiones: _____

Resultado de estudios de patología o citología realizados para diagnóstico y seguimiento de enfermedades o lesiones: _____

TRATAMIENTOS

Tratamiento médico Nombre del medicamento: _____ Dosificación: _____

Tratamiento quirúrgico Detalles de procedimientos: _____

¿El paciente ha estado hospitalizado? **SI** **NO**

FECHA	DIAGNÓSTICO	CONDICIÓN ACTUAL

¿El paciente ha consultado otros médicos? **SI** **NO**

NOMBRE	MOTIVO DE LA CONSULTA	FECHA

Comentarios, factores de riesgo, o enfermedades adicionales, sus complicaciones y pronóstico: _____

DATOS DEL MÉDICO

Nombre: _____ Teléfono: _____

Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Firma: _____ Fecha: dd / mm / aa