

Declaración del Médico Tratante (APS)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

Número de Póliza

Fecha de Efectividad

I- DATOS DEL PACIENTE (Antes de proceder, solicite al Paciente una Identificación Oficial para verificar su Identidad)

Nombre del Paciente <small>Nombre(s) 1^{er} Apellido 2^{do} Apellido</small>			Número de Identificación Oficial <input type="checkbox"/> Cédula de Identidad <input type="checkbox"/> Licencia Conducir <input type="checkbox"/> Pasaporte		Fecha de Nacimiento <small>(dd/mm/aaaa)</small>
Teléfono(s)		Dirección <small>Calle y Número Ciudad País Código Postal</small>			

II- INFORMACIÓN MÉDICA

Peso Actual <small>_____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb</small>	Estatura <small>_____ <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> ft</small>	Fumador <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si fuma, indique cantidad diaria	Si dejó de fumar, indique fecha <small>(dd/mm/aaaa)</small>
Presión Arterial (Incluir las últimas tres lecturas, incluyendo la actual)	D_____ / S_____ <small>(dd/mm/aaaa)</small>	D_____ / S_____ <small>(dd/mm/aaaa)</small>	D_____ / S_____ <small>(dd/mm/aaaa)</small>	D_____ / S_____ <small>(dd/mm/aaaa)</small>

Indique la fecha en que su paciente se ha realizado análisis de sangre en los últimos 6 meses incluyendo hematocritos, hemoglobina, leucocitos, plaquetas, colesterol HDL y LDL, triglicéridos, creatinina, glucosa, HbA1c, PSA, ALT, AST, GST y provea copia de los resultados. Fecha: _____ (dd/mm/aaaa)

Indique la fecha en que su paciente se ha realizado análisis de orina en lo últimos 6 meses y provea copia de los resultados. Fecha: _____ (dd/mm/aaaa)

¿Se le ha realizado a su paciente un EKG y/o ECG durante los últimos 12 meses? Sí No. En respuesta **afirmativa**, provea copia de los resultados.

Si su paciente es Femina, provea copia de los resultados del último examen de mamografía y citología, e indique la fecha: _____ (dd/mm/aaaa)

Indique la salud actual de su paciente, incluyendo secuelas o complicaciones y/o recurrencias.

Indique si su paciente ha consultado a otro médico, especialista o cirujano y, en caso **afirmativo**, incluya el nombre del médico, la fecha y el motivo.

Indique cualquier otra información relacionada con la salud y/o estilo de vida de su paciente.

Fecha de Consulta	Motivos y Anomalías	Duración de la Enfermedad	Diagnóstico	Tratamiento y/o Cirugías

III- DATOS DEL MÉDICO

Nombre del médico llenando y firmando este cuestionario <small>Nombre(s) 1^{er} Apellido 2^{do} Apellido</small>				Especialidad
Dirección <small>Calle y Número Ciudad País Código Postal</small>			Email	Teléfono Oficina
Licencia médica número y jurisdicción emisora			Firma del Médico	Fecha <small>(dd/mm/aaaa)</small>