

1. Datos Generales

Apellidos y Nombres del Titular _____ C.I. _____ Correo electrónico _____
Apellidos y Nombres del paciente _____

2. Antecedentes Médicos

A.P.P. (Antecedentes Patológicos Personales) _____
Cirugías u Hospitalizaciones anteriores _____
Médicos que han tratado esta incapacidad anteriormente _____

3. Datos del Médico Tratante

Médico tratante actual _____
Correo electrónico _____ Número de contacto _____
Enfermedad o problema que refiere actualmente _____
Fecha de inicio de los síntomas _____
Diagnóstico presuntivo/definitivo _____ Fecha de diagnóstico _____
Código CIE 10 _____

Detalle de exámenes realizados (favor adjuntar resultados de laboratorios e informes de imágenes y ecografías)

4. Tipo de examen realizado

Nombre del Hospital y/o Clínica _____ Fecha estimada de ingreso _____

5. Procedimiento

Procedimiento a realizar _____

	CPT				
_____	<input type="checkbox"/>				
_____	<input type="checkbox"/>				
_____	<input type="checkbox"/>				

6. Tipo de Procedimiento

Ambulatorio Hospital del día Hospitalario

Cirujano	Anestesiólogo	Ayudante	Otros	Total
<input type="checkbox"/>				

Certifico como Médico tratante que la información detallada se basa en la Historia Clínica del paciente

Lugar y Fecha _____ Fima y Sello del Médico _____