

Group Medical







www.Groupmedical.com







Datos Personales del Paciente:

- Nombre Completo
- Cédula
- Telefono (Fijo y celular)
- · Correo electrónico · Lugar de Recidencia
- Fecha de Nacimiento

Sexo

- Estado civil
- Nacionalidad
- · Motivo de la consulta
- Ocupación
- Acompañante (Si el paciente es Menor de edad)

Preguntas Esenciales:

- ¿Sufre de alguna Alergia a algún medicamento?
- ¿Tiene alguna enfermedad preexistente?
- Seleccione su grupo sanguíneo (A+, A-, B+, B-, AB+, AB-0+, 0-)
- · ¿Se le ha brindado alguna atención médica antes de

¿Sufre de alguna condición? - (Fisica o Mental)

- llegar al Hospital? (Primeros auxilios, RCP, liquidos intravenosos)
- ¿Tiene algún contacto de Emergencia?
- ¿Esta consciente? -(Si,No)
- ¿Sufre de alguna enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, etc.)?

Historial Medico Completo:

- ¿Ha sido sometido a alguna cirugía anteriormente?
- ¿Ha estado hospitalizado alguna vez?
- ¿Cuándo fue su última revisión médica completa?
- ¿Está al día con sus esquemas de vacunación?
- ¿Existe algún antecedente familiar de enfermedades importantes?
 - ¿Está siguiendo actualmente algún tratamiento médico?
- ¿Consume alcohol o tabaco?
- ¿Consume alguna droga ilícita?
- ¿Ha tenido algún traumatismo o lesión importante?

Seguro médico:

- ¿Tiene seguro médico? (Sí/No)
- ¿Cual es nombre de la aseguradora?
- · ¿Cuál es el número de su póliza de seguro?
- ¿Qué tipo de cobertura tiene?
- · ¿Quién es el beneficiario principal de su póliza?

Ayuda en linea:

- · llamar al +57 604 6123456
- O escribir al +57 3207360052



Group Medical

nosotros

Acerca de

Obtener un diagnóstico

Plan de salud

Checkeo anual

Idiomas

Horario de atención

Certificacion

Contáctenos por: Pacientes@GroupMedical

.com

Ubicados en la Calle. 2 Sur #46-55, El Poblado, Medellín, Antioquia.









FAQ's Formulario de contacto

> Política de Privacidad **Términos & Condiciones**