

PARA SER COMPLETADO, FIRMADO Y SELLADO POR EL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE DEL PACIENTE:		EDAD:
FECHA Y MOTIVO DE LA PRIMERA CONSULTA:		TIEMPO DE EVOLUCIÓN:
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:		
SIGNOS CLINICOS POSITIVOS AL EXAMEN FISICO:		
IMPRESIONES CLINICAS:		
PLAN DIAGNOSTICO:	PLAN TERAPEUTICO:	
NOMBRE Y ESPECIALIDAD DEL MÉDICO TRATANTE:	TELÉFONO:	

 FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

 FECHA

 SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

MAPFRE Seguros Guatemala, S. A. utiliza la información contenida en este formulario con fines de auditoría médica para la evaluación de la cobertura por pago directo.

Avenida La Reforma 9-55 zona 10, Edificio Reforma 10, Nivel 1, Oficina 105, Guatemala, Guatemala, C.A.

PBX: 2375-5000 • 2328-5000 • FAX 2328-5001 • FAX RECLAMOS: 2328-5044

www.mapfre.com.gt