



## INFORME MEDICO

**PÓLIZA:**\_\_\_\_\_ **CERTIFICADO:**\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_, EDAD: \_\_\_\_\_, SEXO: \_\_\_\_\_.

FECHA DE 1°. CONSULTA: \_\_\_\_\_, MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE EVOLUCION(en relación a la fecha de 1°. Consulta): \_\_\_\_\_.

ANTECEDENTES IMPORTANTES (relacionados o no con la enfermedad actual):

SEGÚN SU EXPERIENCIA LA CAUSA BASICA DEL PROBLEMA ACTUAL, AL MOMENTO DE LA PRIMERA CONSULTA SE ORIGINO DENTRO DEL RANGO:

MENOS DE 30 DIAS	<input type="checkbox"/>	ES DE ORIGEN CONGENITO	<input type="checkbox"/>
1 – 3 MESES	<input type="checkbox"/>		
3 – 6 MESES	<input type="checkbox"/>		
6 – 12 MESES	<input type="checkbox"/>		
MAS DE 1 AÑO	<input type="checkbox"/>		

HA RECIBIDO SU PACIENTE TRATAMIENTO ANTERIORMENTE POR ESTE PROBLEMA?: SI ☐ NO ☐

CUANDO?: \_\_\_\_\_

CUAL ES SU DIAGNOSTICO ACTUAL: \_\_\_\_\_

SI REQUIERE CIRUGIA, CUAL SERA EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_, NOMBRE DEL MEDICO \_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO \_\_\_\_\_

ESTA INFORMACION ES PARA EL DEPARTAMENTO DE ASESORIA MEDICA DE LA COMPAÑÍA, POR LO QUE SERA MANEJADA ETICAMENTE. SU PACIENTE AUTORIZA A LA COMPAÑÍA A REQUERIRLA, AL MOMENTO DE SOLICITAR SU SEGURO MUCHAS GRACIAS.