

Medical Brief Informe Médico

This document has to be filled out by the patient's current physician Este documento debe ser llenado por el médico tratante							Policy No.: Núm. de Póliza				Certificate No. Núm. de Certificado				
Patient's Name: Nombre del Pacien	Last Name					Middle	e Name			First Name					
Age: Edad	Gend Sexo	er:	Male Masculino		Female Femening	0	Claim C	Cause:	Illness Enferme	edad	Accider Accider	L		regnacy nbarazo	
Date of the first of Fecha de inicio de l				M	M D D	YY	YY		referred patie e Referido?	ent?	Yes		No	ı	
Name of the refe Nombre del médico		-	Last Nam	е			Middle	Name			First	Name			
Addess: Dirección:											Telephor Teléfono:				
Mention the rele even if those do I Mencione afeccior aunque no tengan	n ot hav nes imp	re relation portantes o	ship with the padezo	this clai a el pac	m:										
Auxiliary Studies Estudios Auxiliares		Yes [No	Which ¿Cuáles	Studies?										
Disease's Evoluti Evolución del Pade		0													
Diagnosis: Impresión Diagnóst	tica							tive Diagr istico defir							
The disease is:		Congenita	al [Acquire	ed	Treatn	nent:	M	edical	Surg	gical	ſ	Sp	ecify	
Padecimiento es	S Congénito Adquirido		Tratam		Médico		Quir	Quirúrgico		Especifique					
Evolution: Evolución de:	1-30 day 1-3 months 1-30 días 1-3 meses			3-6 months 3-6 meses		12 months 12 meses	More that Más de u		L	+ 2 years + 2 años					
In case of Hosp	italiza	tion: En d	caso de H	ospitaliz	zación:										
Hospital's name: Nombre del Hospita														Handicap Incapacida	•
Inpatient date: Internamiento:	M M	D D '	Y Y Y	_	ery Date: a de cirugía:	M M	D D Y	Y Y)	Outpatient I Fecha de alta		/I D D	Y Y Y	Y	Yes Partial	No Total
Mention the Phy intervention on the Mencione el nomb participaron en la in	n is pati re y esp	ent's proc pecialidad	edures:												
In case of cesar many previous c- En caso de cesáre previas	sectio	ns the pat	tient had?		Obse	es: ervacione	es:								
Important: As the of my patient, exsecret and I with as the insurance	en the	information at the pho	on from pas tostatic cop	t diseas by is as g	es the patien	nt had ha	ad. For the	matter I r	elay the institu	tions of pers	ons who h	nave do with	the ca	ase, the pro	ofessional
Importante: Como refieran a la salu secreto profesio proporcionada e	ud del r nal y ha	mismo, inc ago consta	lusive todo r que una c	s los dat copia de	os de padeci esta autoriza	imientos ación tier	anteriores ne le mism	s. Para ta o valor qu	efecto en este e el original. Ba	caso relevo ajo protesta c	a las insti de decir la	ituciones o p	erson	as involuci	radas, del
Physician's Info	rmati	on: Dato	s del Méd	ico:											
Physician's name Nombre del Médico									Specialty: Especialidad	l:					
Address Dirección							Telephone:() Teléfono					Register # Cédula Profesional			
Dated in:	Dated in:							Physician's Signa				re			