

CUESTIONARIO DE DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Información del paciente

Nombre y apellidos completos

Fecha de nacimiento

Peso (Kg / Wt)

Altura (M / Ht)

Detalles sobre consultas y exámenes

Por favor proporcione detalles relacionados con todas las consultas y exámenes de diagnóstico:

Últimas 5 consultas

Fecha 1

Síntomas

Presión arterial

Diagnóstico

Tratamiento

Cirugía

Fecha 2

Síntomas

Presión arterial

Diagnóstico

Tratamiento

Cirugía

CUESTIONARIO DE DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Detalles sobre consultas y exámenes

Fecha 3

Síntomas

Presión arterial

Diagnóstico

Tratamiento

Cirugía

Fecha 4

Síntomas

Presión arterial

Diagnóstico

Tratamiento

Cirugía

Fecha 5

Síntomas

Presión arterial

Diagnóstico

Tratamiento

Cirugía

Detalles sobre consultas y exámenes

Por favor indique cualquier otro diagnóstico, síntoma, complicación o factor relevante relacionado con este paciente que no haya sido mencionado anteriormente. Por favor detalle la evolución, tratamiento y condición actual

Por favor proporcione detalles sobre los siguientes exámenes:

Resultados de electrocardiograma realizado durante los últimos 12 meses. (incluyendo el diagnóstico)

Fecha	Resultados / diagnóstico
-------	--------------------------

Fecha	Resultado de las radiografías del tórax.
-------	--

Resultados de exámenes de sangre realizados durante los últimos 6 meses:

Fecha:

Hematocrito	Hemoglobina	Leucocitos (WBC)	Plaquetas
Colesterol	HDL	LDL	Triglicéridos
Creatinina	Glucosa	Hemoglobina glicosilada	PSA

Por favor proporcione el resultado de los siguientes exámenes realizados durante los últimos 12 meses:

Resultados de exámenes de tejidos: biopsias o cirugías. (incluya el reporte)

Fecha	Resultados
-------	------------

Si es mujer, resultados del Papanicolaou. (incluya el reporte).

Fecha	Resultados
-------	------------

Si es mujer, resultados de la mamografía. (incluya el reporte de radiología)

Fecha	Resultados
-------	------------

Pronóstico	Excelente	Bueno	Reservado
------------	-----------	-------	-----------

CUESTIONARIO DE DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Detalles sobre consultas y exámenes

¿Se ha solicitado o realizado algún otro examen que no se haya descrito anteriormente durante los últimos cinco años (por ejemplo, TC, IRM, ecocardiografía, prueba de esfuerzo, etc.)? Si responde "Sí", por favor explique: ☐ SÍ ☐ NO

Fecha	Nombre	Resultado
-------	--------	-----------

Fecha	Nombre	Resultado
-------	--------	-----------

Fecha	Nombre	Resultado
-------	--------	-----------

¿Ha consultado el paciente a algún otro médico? Si responde "Sí", por favor proporcione la siguiente información: ☐ SÍ ☐ NO

Fecha	Nombre del médico	Teléfono
-------	-------------------	----------

Razón de la consulta

Información del médico tratante

Nombre y Apellidos completos	Dirección
------------------------------	-----------

Teléfono	Fax	Correo Electrónico
----------	-----	--------------------

Fecha	Firma
-------	-------