

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____ Número de Expediente _____

Estimado Doctor:

Su paciente ha solicitado un seguro en nuestra Compañía y ha proporcionado su nombre como uno de sus médicos. Su pronta respuestas nos permitirá evaluar debidamente la solicitud de su paciente. No se requiere ver al paciente para completar este reporte. El historial clínico completo que proporcione se mantendrá estrictamente confidencial.

Atentamente,

Carlos E. Gray
Director Médico.

REPORTE PRIVADO Y CONFIDENCIAL

Favor de proporcionar detalles completos a cada pregunta.

1. a) ¿Por cuanto tiempo ha sido usted médico del paciente? _____
b) ¿Es usted familiar de este paciente? _____
c) ¿Cuando atendió usted por primera vez a este paciente? _____
d) Proporcione la fecha de la última consulta. _____
Razón _____
e) ¿Continúa este paciente bajo tratamiento y/o se encuentra tomando algún medicamento? SI ☐ NO ☐
Detalles _____
f) ¿Se encuentra saludable actualmente? _____
g) ¿Han sido consultados otros médicos o cirujanos? Causa y Fechas _____

2. Proporcione las últimas lecturas de la presión arterial tomadas:
Fecha _____ Presión Arterial _____ Fecha _____ Presión Arterial _____
Fecha _____ Presión Arterial _____ Fecha _____ Presión Arterial _____
¿Algún medicamento para la Presión Arterial? _____
Fecha del inicio del medicamento _____
3. ¿Conoce usted algún factor que ponga al paciente en riesgo de contraer alguna enfermedad transmitida sexualmente? _____
4. ¿Tiene usted conocimiento o sospechas sobre el uso pasado o actual de lo siguiente?
a) Tabaco SI ☐ NO ☐ b) Alcohol SI ☐ NO ☐ c) Drogas Ilegales SI ☐ NO ☐

Detalles _____

FAVOR DE COMPLETAR EL REVERSO

NATIONAL WESTERN LIFE INSURANCE COMPANY
850 EAST ANDERSON LANE AUSTIN, TEXAS 78752-1602
(512)719-2316 • FAX (512)719-1575 • E-Mail: intlundr@onr.com

5. Por favor proporcione detalles de cada consulta con su paciente.

Fecha Mes / Año	Razón de la Consulta	Diagnóstico	Describe el Tratamiento u Operación

a) ¿Alguna de las condiciones arriba mencionadas ha presentado secuelas ? SI ☐ NO ☐

Detalles _____

6. Favor de proporcionar detalles sobre urinálisis, exámenes de sangre, rayos X, electrocardiogramas u otros exámenes.

Fecha	Tipo de Investigación	Resultados

Información adicional o comentarios _____

Firma del Médico y sello oficial _____
 Nombre en letra de molde _____
 Dirección del Médico _____
 Nombre del colegio médico graduado _____
 Año graduado _____ Teléfono _____ Fax o e-mail _____
 Especialidad Médica _____ Fecha actual _____