

# DECLARACIÓN MÉDICA

Para ser completado por el médico tratante

## I- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Solicitante (Apellido, primer nombre e inicial del segundo)	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Peso <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg	Estatura <input type="radio"/> pies <input type="radio"/> m
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fumador ☐ Si ☐ No      Cigarillos por día       Cantidad de años fumando

## II- RESULTADOS DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES EFECTUADOS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

	Resultado	Fecha
Hematocritos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Leucocitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colesterol Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HDL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LDL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trigliceridos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Creatinina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TGO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TGP	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fosfatasa Alcalina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glucosa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antígeno prostático específico	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## III- INFORME DE ESTUDIOS DE PATOLOGÍA O CITOLOGÍA:

	Resultado	Fecha
Patología	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Citología	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*Suscrito por Pan-American Life Insurance Company (PALIC) New Orleans, LA, U.S.A., y administrado por Pan-American Private Client de Coral Gables, FL, U.S.A.

#### IV- INFORME DE ESTUDIOS DE IMÁGENES QUE HAYAN SIDO EFECTUADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES:

	Resultado	Fecha
Electrocardiograma		
Radiografía de tórax		
Ecocardiograma		
Mamografía		
Ultrasonido de próstata		
Colonoscopia		

#### V- DETALLES DE LAS ULTIMAS 5 CONSULTAS DEL PACIENTE:

Motivo de la consulta	Resultado	Fecha

#### VI- COMENTARIOS SOBRE FACTORES DE RIESGO O ENFERMEDADES ADICIONALES, SUS COMPLICACIONES Y PRONOSTICO:

--

#### VII- INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ASISTENCIA:

Nombre y Apellido

--

Dirección de la oficina

Dirección
-----------

Ciudad

Estado

Código postal

País

Teléfono

Correo electrónico

Firma del Médico

Fecha