Cusco-Peru, ${fecha\_creacion}.

**MSSRS:**

**${aseguradora}.**

According to your requirements, we have sent the cost generated for the medical attention of the patient bellow:

MR/MSR: **${nombre\_paciente}.**

REFERENCE N°: **${numero\_referencia}.**

: We ask for payment of the invoice ONLY through a deposit to our Bank Account.

**SWIFT TRANSFERENCE**

BENEFICIARY : CLINICA XXXX XXXXX

DESTINY BANK : Banco De Crédito del Perú – CUSCO OFFICE-PERU

ADDRESS DESTINY BANK : SOL AVENUE N°XXX

CURRENT ACCOUNT N° : 285-XXXXXXX-X-XX

CODIGO INTERBANCARIO : 002 285 XXXXXXX-X-XX

MONEY : AMERICAN DOLLARS SWIFT CODE : BCPLPEPL

If you have any question, do not hesitate to contact us. Best Regards

CLINICA XXXXXXX XXXXXXX.

XXXXX XXXXXX.

General Manager

**INFORME MÉDICO DE ${TIPO\_INFORME}**

**NOMBRE : ${nombre\_paciente}.**

**EDAD : ${edad\_paciente}.**

**SEXO : ${genero}.**

**NACIONALIDAD : ${pais\_de\_origen}.**

**FECHA DE NACIMIENTO : ${fecha\_nac}.**

**NUMERO DE PASAPORTE : ${pasaporte}.**

**FECHA DE ATENCIÓN : ${fecha\_atencion}.**

**HORA DE ATENCIÓN : ${hora\_atencion}.**

**MOTIVO DE CONSULTA:** ${motivo\_consulta}.

**TE:** ${TE}. **FORMA DE INICIO**: ${forma\_inicio}. **CURSO:** ${curso}.

**HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:**

${historia\_enfermedad}.

**ANTECEDENTES:** ${antecedentes}.

**ALERGIAS:** ${alerg}.

**EXAMEN CLINICO:**

**SaO2:** ${sato2}; **PA**: ${pa}; **FC:** ${fc} **FR**: ${fr}**; T:** ${t}.

**GENERAL**: ${general}.

**PIEL:**  ${piel}.

**OJOS:**  ${ojos}.

**BOCA:**  ${boca}.

**FARINGE:**  ${faringe}

**CUELLO:**  ${cuello}.

**TORAX**: ${torax}.

**CARDIOVASCULAR**: ${cardiovascular}.

**ABDOMEN**: ${abdomen}.

**GENITOURINARIO:** ${genitourinario}.

**NEUROLOGICO**: ${neurologico}.

**MUSCULO ESQUELETICO:** ${musculoesqueletico}.

**EXTREMIDADES:** ${extremidades}.

**DIAGNÓSTICO:**

${diagnostico}.

**TRATAMIENTO:**

${tratamiento}.

**EXAMEN COMPLEMENTARIO:**

${exa\_complementario}.

Médico: ${medico}.

CMP: ${cmp}.