

1. Datos Generales

Apellidos y Nombres del Titular

C.I.

Correo electrónico

Apellidos y Nombres del paciente

2. Antecedentes Médicos

A.P.P. (Antecedentes Patológicos Personales)

Cirugías u Hospitalizaciones anteriores

Médicos que han tratado esta incapacidad anteriormente

3. Datos del Médico Tratante

Médico tratante actual

Correo electrónico

Número de contacto

Enfermedad o problema que refiere actualmente

Fecha de inicio de los síntomas

Diagnóstico presuntivo/definitivo

Fecha de diagnóstico

Código CIE 10

Detalle de exámenes realizados (favor adjuntar resultados de laboratorios e informes de imágenes y ecografías)

4. Tipo de examen realizado

Nombre del Hospital y/o Clínica

Fecha estimada de ingreso

5. Procedimiento

Procedimiento a realizar

CPT

Ambulatorio

Hospital del día

Hospitalario

Cirujano

Anestesiólogo

Ayudante

Otros

Total

Certifico como Médico tratante que la información detallada se basa en la Historia Clínica del paciente

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Médico