

### 1. Datos Generales

Apellidos y Nombres del Titular: \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### 2. Datos del Paciente

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

#### Antecedentes Médicos

A.P.P. (Antecedentes Patológicos Personales) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cirugías u Hospitalizaciones anteriores \_\_\_\_\_

Médicos que han tratado esta incapacidad anteriormente \_\_\_\_\_

### 3. Datos para el 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 laboratorio, e informes de imágenes y ecografías)

#### Tipo de Examen Realizado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Hospital y/o Clínica: \_\_\_\_\_ Fecha estimada de ingreso: \_\_\_\_\_

#### Procedimiento

Procedimientos a Realizar	CTP
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

#### Tipo de Procedimiento

Ambulatorio

Hospital del Día

Hospitalario

#### Valor Honorarios

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 \_\_\_\_\_

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Formulario el número de registro 53850, el 07 de septiembre del 2021.