

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Para ser completada por el médico tratante
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Nombre	Initial
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	Estatura ☐ M ☐ Pies	Peso ☐ Kg ☐ Lb

2. DETALLES SOBRE CONSULTAS Y EXÁMENES

Por favor proporcione detalles relacionados con todas las consultas y exámenes de diagnóstico:

Últimas 5 consultas	Detalles	
Fecha 1	Síntomas	
DD / MM / AA	Diagnóstico	
Presión arterial	Tratamiento	
	Cirugía	
Fecha 2	Síntomas	
DD / MM / AA	Diagnóstico	
Presión arterial	Tratamiento	
	Cirugía	
Fecha 3	Síntomas	
DD / MM / AA	Diagnóstico	
Presión arterial	Tratamiento	
	Cirugía	
Fecha 4	Síntomas	
DD / MM / AA	Diagnóstico	
Presión arterial	Tratamiento	
	Cirugía	
Fecha 5	Síntomas	
DD / MM / AA	Diagnóstico	
Presión arterial	Tratamiento	
	Cirugía	

Por favor indique cualquier otro diagnóstico, síntoma, complicación o factor relevante relacionado con este paciente que no haya sido mencionado anteriormente. Por favor detalle la evolución, tratamiento y condición actual

Por favor proporcione detalles sobre los siguientes exámenes:								
Resultados de electrocardiograma realizado durante los últimos 12 meses. (INCLUYA EL TRAZADO DEL ECG)								
Fecha								
DD / MM / AA								
Resultado de las radiografías del tórax. (INCLUYA EL REPORTE DE RADIOLOGÍA)								
Fecha								
DD / MM / AA								
Resultados de exámenes de sangre realizados durante los últimos 6 meses:								
Fecha	Hematocrito		Hemoglobina		Leucocitos (WBC)		Plaquetas	
DD / MM / AA	Colesterol		HDL		LDL		Triglicéridos	
Glóbulos rojos		Creatinina		Glucosa		Hemoglobina glicosilada		PSA
Por favor proporcione el resultado de los siguientes exámenes realizados durante los últimos 12 meses:								
Resultados de exámenes de tejidos: biopsias o cirugías. (INCLUYA EL REPORTE)								
Fecha								
DD / MM / AA								
Si es mujer, resultados del Papanicolau. (INCLUYA EL REPORTE)								
Fecha								
DD / MM / AA								
Si es mujer, resultados de la mamografía. (INCLUYA EL REPORTE DE RADIOLOGÍA)								
Fecha								
DD / MM / AA								
Pronóstico	☐ Excelente ☐ Bueno ☐ Reservado							
¿Se ha solicitado o realizado algún otro examen que no se haya descrito anteriormente durante los últimos cinco años (por ejemplo, TC, IRM, ecocardiografía, prueba de esfuerzo, etc.)? Si responde "Sí", por favor explique: ☐ Sí ☐ No								
Fecha	Nombre del examen	Resultados						
DD / MM / AA								
DD / MM / AA								
DD / MM / AA								
¿Ha consultado el paciente a algún otro médico? ☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", por favor proporcione la siguiente información:								
Fecha	Nombre del médico	Teléfono						
DD / MM / AA								
Razón de la consulta								

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE				
Nombre				
Dirección				
Teléfono	Fax	Correo electrónico		
Fecha	Firma			

Bupa Dominicana, S.A.

Av. Winston Churchill, No. 1099, Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini, Santo Domingo, República Dominicana
Tel: (809) 955 2555 • bdominicana@bupalatinamerica.com • www.bupasalud.com