



# Declaración Médica

## INFORMACIÓN DEL MÉDICO

NOMBRE DEL MÉDICO

DIRECCIÓN

CIUDAD

NÚMERO DE TELÉFONO

FAX

CORREO ELECTRÓNICO

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

PESO

KG

LB

ESTATURA

M

PIES

## CONSULTAS Y EXÁMENES

Por favor proporcione la información correspondiente a las últimas visitas médicas.

1. FECHA (MM/DD/AAAA)

PRESIÓN SANGUÍNEA

SÍNTOMAS/DIAGNÓSTICOS/TRATAMIENTOS/CIRUGÍAS

2. FECHA (MM/DD/AAAA)

FECHA (DESDE/HASTA)

SÍNTOMAS/DIAGNÓSTICOS/TRATAMIENTOS/CIRUGÍAS

3. FECHA (MM/DD/AAAA)

FECHA (DESDE/HASTA)

SÍNTOMAS/DIAGNÓSTICOS/TRATAMIENTOS/CIRUGÍAS

4. FECHA (MM/DD/AAAA)

FECHA (DESDE/HASTA)

SÍNTOMAS/DIAGNÓSTICOS/TRATAMIENTOS/CIRUGÍAS

## INFORMACIÓN DE OTRO MÉDICO TRATANTE

S  N ¿El paciente ha consultado a otro médico y/o sido referido a un especialista?  
**Si la respuesta es "SI", por favor proporcione la siguiente información:**

NOMBRE DEL MÉDICO

TELÉFONO

DIRECCIÓN

PAÍS

RAZÓN DE LA CONSULTA

## RESULTADOS DE EXÁMENES

Proporcionar resultados de los siguientes exámenes, realizados en los últimos tres (3) meses.

1. ELECTROCARDIOGRAMA (INCLUIR TRAZADO)

FECHA (MM/DD/AAAA)

2. RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX (INCLUIR REPORTE RADIOLÓGICO)

FECHA (MM/DD/AAAA)

3. OTROS EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO (INCLUIR REPORTE)

FECHA (MM/DD/AAAA)

4. VALORES DE LOS RESULTADOS DEL EXAMEN DE SANGRE:

HEMATOCRITO

HEMOGLOBINA

PLAQUETAS

COLESTEROL

HOL

ÁCIDO ÚRICO

LDL

TRIGLICÉRIDOS

UREA/CREATINNA

GLUCOSA

PSA

5. EXAMEN DE TEJIDOS (EN CASO DE BIOPSIAS O CIRUGÍAS; PARA MUJERES, RESULTATADO DE PAPANICOLAOU)

6. ÚLTIMA MAMOGRAFÍA (INCLUIR REPORTE)

FECHA (MM/DD/AAAA)

7. PRONÓSTICO

Excelente

Bueno

Reservado

FIRMA DEL MÉDICO

FECHA (MM/DD/AAAA)