

# CERTIFICADO MÉDICO

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



## 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|                     |              |                                                                   |                                                              |
|---------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Nombre              | Apellido     | Nombre                                                            | Inicial                                                      |
| Fecha de nacimiento | DD / MM / AA | Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies | Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb |

## 2. HISTORIAL MÉDICO

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

|                              |          |
|------------------------------|----------|
| Fecha de la primera consulta | Síntomas |
| DD / MM / AA                 |          |

Diagnóstico

Pronóstico

Tratamiento

Otros comentarios

¿Ha referido al paciente a otro especialista u hospital, o sabe si el paciente ha recibido tratamiento en otro lado? ☐ Sí ☐ No  
Si responde "Sí", por favor proporcione la información solicitada abajo.

|                            |  |          |  |
|----------------------------|--|----------|--|
| Nombre del médico          |  | Teléfono |  |
| Tratamiento ambulatorio    |  |          |  |
| Hospital                   |  | Teléfono |  |
| Tratamiento en el hospital |  |          |  |

### 3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

|                    |              |       |  |
|--------------------|--------------|-------|--|
| Nombre             |              |       |  |
| Dirección          |              |       |  |
| Teléfono           |              | Fax   |  |
| Correo electrónico |              |       |  |
| Fecha              | DD / MM / AA | Firma |  |

**Bupa Dominicana, S.A.**

Av. Winston Churchill No.1099 • Acropolis Center, 3er Nivel, Piantini • Santo Domingo, República Dominicana Tel: (809) 955 2555 • [www.bupasalud.com/MiBupa](http://www.bupasalud.com/MiBupa)