

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		Coolesterol		HDL		LDL		Triglicéridos	
Glóbulos rojos		Creatinina		Glucosa		Hemomoglobina 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	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.bupalud.com/MiBupa