

DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO DE CABECERA
(Llenarla a computadora o con letra impresa)

PARTE B

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____

Descripción clínica (síntomas y signos) y evolución de los mismos. Para casos de accidente detalle el mecanismo de trauma (descripción del evento).

Diagnóstico (s) etiológico (s) final (es).

Fecha de Evolución

Relacione cada una de sus indicaciones (exámenes, medicamentos, etc.) con el o los diagnósticos.

¿Cuándo le consultó el paciente por primera vez sobre esta condición?

¿Ha sufrido el paciente de esta enfermedad anteriormente? ¿Cuándo?

¿Qué relación tiene este diagnóstico con otros padecimientos del asegurado?

¿Desde cuándo ha tratado al asegurado como paciente? ¿Sobre cuál diagnóstico?

Describa detalladamente la clase de tratamiento, procedimiento o cirugía practicada.

Costo detallado de cada procedimiento: ¿Con hospitalización? SI NO

Consulta médica _____

Procedimiento _____

Costo del procedimiento _____

Procedimiento _____

Costo del procedimiento _____

Procedimiento _____

Costo del procedimiento _____

Cirugía _____

Costo de la cirugía _____

Fecha y lugar donde fue realizada:

Explique qué otra intervención quirúrgica se anticipa más adelante. ¿Por qué?

¿Esta todavía el paciente a su cuidado por este diagnóstico? (Si fue dado de alta, indique la fecha)

SI NO Fecha del alta: _____

Fecha

Nombre del médico, teléfono y dirección completa

Firma del médico

Nota: Si el espacio no es suficiente, puede adjuntar hoja adicional para detallar, la misma debe estar claramente identificada con el nombre del paciente y firmada y sellada por el médico.

Favor entregar al asegurado, los informes de los estudios realizados a su paciente, para que aporte las fotocopias de los mismos.