

# 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	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. 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	DD / MM / AA	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