

DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Para ser completada por el médico tratante
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE MOLDE)



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			
DD / MM / AA		Colesterol				HDL			
						LDL			
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 Papanicolaou. (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					

Regulado y supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

Bupa Panamá, S.A.

P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda • Panamá, República de Panamá
Tel: (507) 321 6200 • Fax: (507) 830 5212 • www.bupalud.com/MiBupa