

Declaración del **Médico Tratante**



PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO PERSONAL O MÉDICO TRATANTE

Sección I. **Datos** del paciente

1. Apellidos:	2. Nombres:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
3. Fecha de nacimiento:	4. Sexo:	5. Estatura:	6. Peso:	
<input type="text"/>	<input type="text"/> Masculino <input type="text"/> Femenino	<input type="text"/> Metros <input type="text"/> Pies	<input type="text"/> Kilos <input type="text"/> Libras	
7. ¿Fumador?	8. Cigarrillos por día:	9. ¿Desde cuándo?	10. ¿Hasta cuándo?	11. Estilo de vida:
<input type="text"/> Sí <input type="text"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Sedentario <input type="text"/> Semiactivo <input type="text"/> Activo

Sección II. **Resultados de los estudios de laboratorio** efectuados en los últimos 6 meses

1. Fecha del estudio:

HEMOGRAMA

2. Glóbulos rojos:	3. Hematocrito:	4. Hemoglobina:	5. Leucocitos:	6. Plaquetas:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LIPOGRAMA

7. Colesterol total:	8. HDL:	9. LDL:	10. Triglicéridos:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. GLUCOSA

12. ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO

Sección III. **Informe de otros estudios** efectuados en los últimos 12 meses

1. ELECTROCARDIOGRAMA

2. MAMOGRAFÍA

3. PAPANICOLAOU (No es necesario para las mujeres mayores de 65 años de edad si en los últimos cinco años el resultado ha sido negativo)

Sección IV. **Informe de chequeos** de rutina

CHEQUEO 1

1. Fecha:	3. Resultados:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Presión arterial:	
<input type="text"/> / <input type="text"/> mm Hg	

CHEQUEO 2

1. Fecha:	3. Resultados:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Presión arterial:	
<input type="text"/> / <input type="text"/> mm Hg	

Sección V. Informe de consultas (no relacionadas con chequeos de rutina)

Por favor detalle signos, síntomas, diagnósticos principales, tratamiento y resultados de los exámenes:

CONSULTA 1

1. Fecha:	2. Presión arterial:	3. Motivo de la consulta:
<input type="text" value="D D / M M / A A A A"/>	<input type="text" value="/ mm Hg"/>	<input type="text"/>
4. Tratamiento:	5. Resultados:	6. Conclusiones:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONSULTA 2

1. Fecha:	2. Presión arterial:	3. Motivo de la consulta:
<input type="text" value="D D / M M / A A A A"/>	<input type="text" value="/ mm Hg"/>	<input type="text"/>
4. Tratamiento:	5. Resultados:	6. Conclusiones:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONSULTA 3

1. Fecha:	2. Presión arterial:	3. Motivo de la consulta:
<input type="text" value="D D / M M / A A A A"/>	<input type="text" value="/ mm Hg"/>	<input type="text"/>
4. Tratamiento:	5. Resultados:	6. Conclusiones:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONSULTA 4

1. Fecha:	2. Presión arterial:	3. Motivo de la consulta:
<input type="text" value="D D / M M / A A A A"/>	<input type="text" value="/ mm Hg"/>	<input type="text"/>
4. Tratamiento:	5. Resultados:	6. Conclusiones:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Información adicional que usted pueda proveer concerniente a factores de riesgos, resultados de otros exámenes médicos, enfermedades o consultas con otros médicos o especialistas:

Sección VI. Información del médico tratante

1. Apellidos:	2. Nombres:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Dirección:	4. Correo electrónico:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Teléfono de la oficina:	6. Teléfono celular:
<input type="text" value="+ - -"/>	<input type="text" value="+ - -"/>
7. Firma y sello del profesional:	8. Fecha:
<input type="text" value="X....."/>	<input type="text" value="D D / M M / A A A A"/>

VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A.

Compañía registrada en Ecuador

Servicios de administración ofrecidos por VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A.

Edificio Omega, piso 4, oficina 10 y 11, calle La Pradera N30-26 y San Salvador Centro Norte

Teléfonos Generales: +593-4-3902033 | +593-4-3922506 | +593-4-2136705

www.vumilatina.com