

DATOS GENERALES

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Peso: _____ Estatura: _____

Fecha de primera consulta: _____ Fecha de última consulta: _____

Motivo de consulta: _____

Estudios diagnósticos realizados: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento médico / dosis y duración: _____

Tratamiento quirúrgico: _____

Nombre del hospital donde fue atendido: _____

Tratamientos pendientes de realizar: _____

Tratamiento que recibe actualmente: _____

Pronósticos: _____

Exámenes de laboratorio (incluyendo RX, EKG, metabolismo basal, informes anatómico, patológico, etc.). Por favor dar fechas y resultados:

Estado Actual, (si conociere) anotar complicaciones y secuelas de las enfermedades mencionadas arriba: _____

Si usted sabe que ha consultado otros médicos, sea tan amable de darnos los nombres, fechas y naturaleza de la enfermedad: _____

Le agradeceríamos otras informaciones interesantes que usted posea sobre la salud de este solicitante: _____

Lugar y fecha: _____

Nombre del médico: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO