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 ☐ 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		Leucocitos (WBC)		Plaquetas
DD / MM / AA		Colesterol		HDL		LDL		Triglicéridos
Glóbulos rojos		Creatinina		Glucosa		Hemomoglobina 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			