

Declaración del Médico Tratante Diagnóstico de Cáncer

Para uso exclusivo de la Compañía Aseguradora

Fecha Solicitud	
Intermediario:	
No. De Gestión	
Agregar a solicitud No.:	

A. Información de la Asegurada

1. Nombre Completo de la Paciente		
2. Fecha de Nacimiento	3. Sexo	4. Estado Civil
5. Nacionalidad	6. Ocupación	
7. Dirección		
8. Ciudad	9. Departamento	10. Teléfono

11. Antecedentes Médicos de la Paciente:		
12. Tipo de cáncer diagnosticado: (Marque la opción)		
<input type="checkbox"/> Cáncer de Mama	<input type="checkbox"/> Cáncer de Ovario	<input type="checkbox"/> Cáncer de Colon y Recto
<input type="checkbox"/> Cáncer Cérvico-Uterino	<input type="checkbox"/> Cáncer de Estómago	

B. Descripción de las últimas 5 visitas a su clínica o consultorio

1. Descripción o motivo de la Consulta (Última consulta)		Fecha: / /	
2. Peso (lbs)	3. Edad	4. Diagnóstico del Médico Tratante	5. Tratamiento Sometidos a la Paciente
6. Exámenes solicitados			

Declaración del Médico Tratante
VIVO SEGURA - Diagnóstico

1. Descripción o motivo de la Consulta			Fecha: / /	
2. Peso (lbs)	3. Edad	4. Diagnóstico del Médico Tratante	5. Tratamiento Sometidos a la Paciente	
6. Exámenes solicitados				
1. Descripción o motivo de la Consulta			Fecha: / /	
2. Peso (lbs)	3. Edad	4. Diagnóstico del Médico Tratante	5. Tratamiento Sometidos a la Paciente	
6. Exámenes solicitados				
1. Descripción o motivo de la Consulta			Fecha: / /	
2. Peso (lbs)	3. Edad	4. Diagnóstico del Médico Tratante	5. Tratamiento Sometidos a la Paciente	
6. Exámenes solicitados				
1. Descripción o motivo de la Consulta			Fecha: / /	
2. Peso (lbs)	3. Edad	4. Diagnóstico del Médico Tratante	5. Tratamiento Sometidos a la Paciente	
6. Exámenes solicitados				

C. Diagnóstico

1. Duración de la enfermedad según diagnóstico
2. ¿La paciente se sometió a alguna cirugía? ¿Qué tipo y fecha?
3. Haga aquí comentarios para la mejor comprensión de la enfermedad (Estado de salud, evolución, tratamiento)

Declaración del Médico Tratante
VIVO SEGURA - Diagnóstico

4. Nombre del médico que asistió a la paciente previamente

5. Afirmo, por esta declaración, que asistí a la paciente desde el día de _____ del año _____ y que las declaraciones anteriores son completas y verdaderas.

Localidad y fecha

Nombre del Médico tratante

Dirección y teléfono del consultorio o clínica

Firma del Médico tratante

No. Colegiado y sello del Médico Tratante

Para uso exclusivo de la Compañía Aseguradora

Fecha Finalización de análisis

Seleccionador de Riesgo que evalúa

Clasificación:

Firma: