DECLARACIÓN MÉDICA

Elección de producto: Pan-American WorldAccess Pan-American PreferredAccess

Para ser completado por el médico tratante

I- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del solicitante (apellidos, primer nombre e inicial del segundo)	R.F.C. con homoclave	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo ☐ M ☐ F	Peso ☐ lb ☐ kg	Estatura ☐ pies ☐ m
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fumador Sí No Cigarillos por día Cantidad de años fumando

II- RESULTADOS DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES EFECTUADOS EN LOS ÚLTIMOS SEIS (6) MESES:

	Resultado	Fecha
Hematocrito/Hemoglobina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Leucocitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colesterol total	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HDL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LDL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Triglicéridos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Creatinina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TGO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TGP	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fosfatasa alcalina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glucosa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antígeno prostático específico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Electrocardiograma	<input type="text"/>	<input type="text"/>

III- INFORME DE ESTUDIOS DE PATOLOGÍA O CITOLOGÍA:

	Resultado	Fecha
Patología	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Citología	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IV- INFORME DE ESTUDIOS DE IMÁGENES QUE HAYAN SIDO EFECTUADOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES:

	Resultado	Fecha
Radiografía de tórax		
Ecocardiograma		
Mamografía		
Ultrasonido de próstata		
Colonoscopia		

V- DETALLES DE LAS ÚLTIMAS 5 CONSULTAS DEL PACIENTE:

Motivo de la consulta	Resultado	Fecha

VI- COMENTARIOS SOBRE FACTORES DE RIESGO O ENFERMEDADES ADICIONALES, SUS COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO:

--

VII- INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ASISTENCIA:

Nombre y apellidos

--

Dirección de la oficina

Dirección

--

Ciudad

Estado

Código postal

País

--	--	--	--

Teléfono

Correo electrónico

--	--

Firma del médico

No. de cédula profesional

Fecha

--	--	--

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, estos formatos de carácter general, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de agosto de 2016, con el número CGEN-S0119-0141-2016”.