

# 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies | Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> 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     |  | Hemoglobina 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                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                                                                                      |             |  |             |  |                         |  |               |  |
| Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Nombre del examen                                                                                    |             |  | Resultados  |  |                         |  |               |  |
| DD / MM / AA                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                      |             |  |             |  |                         |  |               |  |
| DD / MM / AA                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                      |             |  |             |  |                         |  |               |  |
| DD / MM / AA                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                      |             |  |             |  |                         |  |               |  |
| ¿Ha consultado el paciente a algún otro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>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 |  |                    |

**Bupa Dominicana, S.A.**

Av. Winston Churchill, No. 1099, Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini, Santo Domingo, República Dominicana  
Tel: (809) 955 2555 • bdominicana@bupalatinamerica.com • www.bupasalud.com