

# DECLARACIÓN MÉDICA

Para ser completado por el médico tratante

## I- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Solicitante (2 Apellidos, primer nombre e inicial del segundo)	Documento de Identificación	Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	Sexo	Peso ○ lb ○ kg	Estatura ○ pies ○ m
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fumador  Si  No      Cigarillos por día       Cantidad de años fumando

## II- RESULTADOS DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES EFECTUADOS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

	Resultado	Fecha
Hematocrito	<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"/>

## 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
Electrocardiograma		
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 dos apellidos

--

Dirección de la oficina

Dirección

--

Ciudad

Departamento

Código postal

País

--	--	--	--

Teléfono

Correo electrónico

--	--

Firma y sello del médico

Código del médico

Fecha

--	--	--