

## Formulario de Informe Médico

### Instrucciones

1. Este formulario debe ser llenado, firmado y sellado por el médico tratante en todas sus partes, con letra imprenta y legible.
2. No será válido con tachones o borrones y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

### Parte I - Información del Paciente

Nombre Completo del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Día/Mes/Año) Nro. De Identificación \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

Causa de la Atención  Enfermedad  Accidente  Otro \_\_\_\_\_

Fue referido por otro médico  Sí  No Nombre: \_\_\_\_\_

### Parte II – Historia Clínica (favor especificar el tiempo de evolución si aplica)

Antecedentes Personales Patológicos \_\_\_\_\_

Antecedentes Personales No Patológicos \_\_\_\_\_

Antecedentes Gineco-Obstétricos \_\_\_\_\_

Antecedentes Perinatales \_\_\_\_\_

### Parte III – Padecimiento Actual

1. Signos y Síntomas \_\_\_\_\_

2. Cuándo se presentaron los primeros síntomas de esta condición \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Día/Mes/Año)

3. Diagnóstico \_\_\_\_\_ ICD \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_ ICD \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_ ICD \_\_\_\_\_

4. Fecha en que se realizó el diagnóstico \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Día/Mes/Año)

5. Tipo de Padecimiento  Congénito  Adquirido  Agudo  Crónico

6. Está relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente?  Sí  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

7. Estudios que se ordenaron que apoyen el diagnóstico

---

---

8. Favor detallar el tratamiento realizado

Fecha de inicio \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Día/Mes/Año)

Código CPT \_\_\_\_\_ Descripción del Procedimiento \_\_\_\_\_

Código CPT \_\_\_\_\_ Descripción del Procedimiento \_\_\_\_\_

Código CPT \_\_\_\_\_ Descripción del Procedimiento \_\_\_\_\_

9. Se presentó alguna complicación?  Sí  No En caso afirmativo, favor descríbala \_\_\_\_\_

---

10. En caso de Hospitalización, indique nombre del Hospital \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Día/Mes/Año) Hora: \_\_\_\_\_ am / pm

Fecha de Egreso: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Día/Mes/Año) Hora: \_\_\_\_\_ am / pm

11. En caso de Incapacidad, indicar el tipo:  Temporal  Permanente

Desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Día/Mes/Año) Hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Día/Mes/Año)

12. En caso de Accidente, indique el mecanismo de lesión \_\_\_\_\_

---

#### Parte IV – Declaración del Médico Tratante

Nombre Completo \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta y verdadera, y que corresponden a los servicios que he prestado a este paciente.

Declaro que el suscriptor del presente formulario que cuenta con la autorización expresa previa del titular de la información para transmitir a favor de Chubb Seguros Panamá S.A.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Día/Mes/Año)

Sello del Médico y Número de Registro Médico