

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Consulta Ambulatoria

Nombre del paciente:	Edad: A	M	
Diagnóstico principal completo:			
¿Según su opinión, esta condición es causada por accidente de trabajo o enfermedad ocupacional?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si es afirmativo, favor explique:			
Según su conocimiento, ¿cuándo se presentó el primer síntoma de ésta condición?			Día Mes Año
¿Esta condición se debe a embarazo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Si es afirmativo indique fecha última Menstruación)			Día Mes Año
Tratamientos o procedimientos realizados en clínica:			

No.de Consultas:	
Honorarios por Consultas	Total Lps.
Honorarios por Tratamiento	Total Lps.

Confirmando que he recomendado los servicios por los cuales se presenta esta reclamación.

¿Según su conocimiento, ha recibido el paciente algún otro tratamiento por esta condición o por otra relacionada con esta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si es afirmativo, favor indicarnos:			
Diagnóstico:			
Nombre del hospital:		Fecha: Día Mes Año	

OBSERVACIONES:

Nombre del médico:	
Lugar y Fecha:	Firma y Sello: