

Este formulario debe ser presentado por lo menos 72 horas hábiles antes de la cirugía programada y debe ser llenado con letra legible y de manera descriptiva.

Fecha de elaboración: dd / mm / aa

DATOS DEL CLIENTE

Apellidos: _____ Nombres: _____

Sexo: F ___ M ___ Edad: ___

Fecha de primera consulta por este diagnóstico: dd / mm / aa

Fecha de última consulta por este diagnóstico: dd / mm / aa

Fecha de inicio de síntomas: dd / mm / aa Fecha de última menstruación (cuando aplique): dd / mm / aa

¿Paciente derivado de otro médico? Sí ___ No ___

Nombre completo del médico tratante: _____

¿El médico tratante es afiliado a Salud? Sí ___ No ___

Motivo de consulta:

Descripción de la enfermedad actual:

Evolución y tratamiento recibido durante su evolución

Antecedentes patológicos personales:

Detallar nombre de la enfermedad, tiempo de evolución y tratamiento actual

Diagnóstico(s) definitivo(s):

Resultados de los exámenes más relevantes (Registrar tipo de examen y fecha de realización)

