

1. Datos Generales

Apellidos y Nombres del Titular _____ C.I. _____ Correo electrónico _____
Apellidos y Nombres del paciente _____

2. Antecedentes Médicos

A.P.P. (Antecedentes Patológicos Personales) _____
Cirugías u Hospitalizaciones anteriores _____
Médicos que han tratado esta incapacidad anteriormente _____

3. Datos del Médico Tratante

Médico tratante actual _____
Correo electrónico _____ Número de contacto _____
Enfermedad o problema que refiere actualmente _____
Fecha de inicio de los síntomas _____
Diagnóstico presuntivo/definitivo _____ Fecha de diagnóstico _____
Código CIE 10 _____

Detalle de exámenes realizados (favor adjuntar resultados de laboratorios e informes de imágenes y ecografías)

4. Tipo de examen realizado

Nombre del Hospital y/o Clínica _____ Fecha estimada de ingreso _____

5. Procedimiento

Procedimiento a realizar _____
CPT

6. Tipo de Procedimiento

Ambulatorio Hospital del día Hospitalario

6. Tipo de Procedimiento

Cirujano	Anestesiólogo	Ayudante	Otros	Total
_____	_____	_____	_____	_____

Certifico como Médico tratante que la información detallada se basa en la Historia Clínica del paciente

Lugar y Fecha _____ Fima y Sello del Médico _____

La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, misma que será utilizada por BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A. para la emisión de contratos.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Formulario el número de registro 53631, el 29 de junio del 2021.