

CERTIFICADO MÉDICO

Para ser completado por el médico tratante
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---------------------|--------------|---|--|
| Nombre | Apellido | Nombre | Inicial |
| Fecha de nacimiento | DD / MM / AA | Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies | Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb |

2. HISTORIAL MÉDICO

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

| | | |
|------------------------------|----------|--|
| Fecha de la primera consulta | Síntomas | |
| DD / MM / AA | | |

Diagnóstico

Pronóstico

Tratamiento

Otros comentarios

¿Ha referido al paciente a otro especialista u hospital, o sabe si el paciente ha recibido tratamiento en otro lado? Sí No
Si responde "Sí", por favor proporcione la información solicitada abajo.

| | | | |
|----------------------------|--|----------|--|
| Nombre del médico | | Teléfono | |
| Tratamiento ambulatorio | | | |
| Hospital | | Teléfono | |
| Tratamiento en el hospital | | | |

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

| | | | |
|--------------------|--------------|-------|--|
| Nombre | | | |
| Dirección | | | |
| Teléfono | | Fax | |
| Correo electrónico | | | |
| Fecha | DD / MM / AA | Firma | |