INFORMACIÓN MÉDICOS TRATANTES

1. Fecha de los primeros síntomas DÍA | MES | AÑO

2. ¿Cuándo fue la primera consulta para esta condición?

3. Fecha de Diagnóstico DÍA | MES | AÑO

4. ¿El paciente había sido tratado anteriormente por cáncer o condición relacionada? Sí ☐ No ☐

De contestar Sí, Provea la fecha y diagnóstico del aviso anterior/ tratamiento para esta condición.

5. Nombre y Dirección del Médico que refirió al paciente

6. Nombre y Dirección del Hospital donde se brindaron los servicios

7. Nombre y Dirección de la casa de enfermería donde se rindieron los servicios

8. Sobre los servicios de Hospital Fecha de admisión DÍA | MES | AÑO Fecha de Alta DÍA | MES | AÑO

9. Sobre los Servicios de enfermería Fecha de admisión DÍA | MES | AÑO Fecha de Alta DÍA | MES | AÑO

10. Incluya los días que el paciente estuvo en la unidad de cuidado intensivo del hospital

11. Provea los nombres y dirección de los otros médicos que han tratado el paciente

12. Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o lesión que requiere servicios o materiales
(Relacionado a los diagnósticos del procedimiento en referencia a los numeros 1.2.3. etc. in col. D)

1.

2.

3.

A	B	C		D
Fecha de cada servicio	Lugar del servicio	Describa los procedimientos médicos o quirúrgicos y otros servicios brindados para cada fecha		Diagnóstico No.
		Código Procedimiento	(Explicar circunstacias inusuales)	

Cargos Totales:

DÍA | MES | AÑO

Fecha **Nombre Médico (Impreso)** **Firma** **No. Colegiado**

Teléfono: _____ Especialidad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado o Provincia: _____

Código postal: _____