

FAMILY LIFE INSURANCE COMPANY

Administration Office: 10700 Northwest Freeway, Houston, Texas 77092

DECLARACION DE MEDICO ASISTENTE

Nombre del Medico Examinador _____

Dirección – Asegurado: _____

Dirección: _____

Fécha: _____

Número de Poliza: _____

Número Telefónico: _____

Nombre: _____

Fécha de nacimiento: _____

Costo del Reporte: _____

Favor de completar este formulario en su totalidad o enviar copia del historial médico.

Inf./último chequeo: Altura: _____ Peso _____ Presión/Arterial _____ Fécha/última chequeo: _____

FÉCHAS		DIAGNOSTICO	DURACIÓN DE ENFERMEDAD	ANORMALIDADES ENCONTRADAS	SINTOMAS, LECTURA DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y TRATAMIENTO O CIRUGIA
MES	AÑO				

Estimado Doctor:

La persona antes mencionada nos indica que usted es su doctor y por éste medio autoriza nos suministre detalles de su historia clínica. Agradecemos su pronta respuesta en el envío de este reporte.

Sinceramente,
Dr. Harry B. Kelso, M.D.
Consultor Médico

Pruebas del Laboratorios: (Electrocardiogramas, Rayos-X, Reporte Patologico en cualquier tejido extirpado, prueba de sangre, examen de orina, etc.)

¿Ha sido diagnosticado o tratado por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) o complejo relacionado al Sida? _____

¿Ha consultado algún otro doctor o cirujano? Sí la respuesta es afirmativa, nombre del doctor, fécha y razón de la consulta. _____

Pronostico y condición actual _____

Información adicional _____

Fécha _____ Firma de Médico _____ Título _____