

Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento del paciente: Mes _____ Día _____ Año _____
 Peso: _____ kgs. _____ lbs.
 Estatura: _____ m. _____ p.

Favor dar detalles completos de todas las consultas y exámenes:

Fecha de las últimas 5 visitas	Síntomas/diagnósticos/tratamientos/cirugías	Presión Sanguínea
(1) / /		
(2) / /		
(3) / /		
(4) / /		
(5) / /		

¿El solicitante ha consultado a otro médico? Sí No
 Si la respuesta es "sí", por favor dar el nombre y dirección del médico y la razón de la consulta: _____

Favor proporcionar resultados de los siguientes exámenes, realizados en los últimos 90 días

Detalles de los resultados de electrocardiogramas: (incluir el trazado) Date: _____

Resultados de las radiografías del tórax: (incluir reporte radiológico) Date: _____

Valores de los resultados del examen de sangre: Date: _____

Hematocrito: _____ Hemoglobina: _____ Leucocitos: _____ Plaquetas: _____
 Colesterol: _____ HDL: _____ LDL: _____ Relación: _____
 Triglicéridos: _____ Creatinina: _____ Glucosa: _____ PSA: _____

Resultado del examen de tejidos (en caso de biopsias o cirugías; para mujeres, resultado de Papapnicolaou): _____

Resultado de la última mamografía: (incluir el reporte) Date: _____

Pronóstico: Excelente Bueno Reservado

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____