

# 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	

**Bupa Dominicana, S.A.**

Av. John F. Kennedy, No. 10 Edif. Pellerano & Herrera, 2do Nivel • Ens. Miraflores • Santo Domingo, • República Dominicana  
Tel: (809) 955 2555 • [www.bupalud.com](http://www.bupalud.com) • [bupadominicana@bupalatinamerica.com](mailto:bupadominicana@bupalatinamerica.com)