BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA
FORMULARIO DE DECLARACIÓN DEL MEDICO TRATANTE

Nombre completo del médico	Dirección	Teléfono	Correo electrónico

Nombre del Asegurado Propuesto	Fecha de nacimiento	Dirección	Teléfono

Fecha de consulta	Síntomas, diagnósticos, tratamientos, cirugías, interconsultas	Presión arterial

Resultados de exámenes de laboratorio

Resultados de patología

Resultados de estudios de imagen

Estatura	Peso	¿Su paciente ha fumado cigarrillos en los últimos 12 meses? ☐ SI ☐ NO	¿Hace cuanto tiempo que conoce al paciente?	¿Parentesco con el paciente?

Pronóstico ☐ Malo ☐ Reservado ☐ Bueno ☐ Excelente	¿Sabe si su paciente ha consultado a otro médico? ☐ SI ☐ NO (en caso afirmativo por favor provea detalles)

Si necesita más espacio por favor complete al reverso.

_____ Firma y sello del médico

_____ Fecha

NOTA: El presente formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros, con resolución No SBS-INSP-2009-229 de 04 de noviembre del 2009.