BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA, SOCIEDAD ANÓNIMA

DECLARACION DEL MEDICO ASISTENTE (APS)

NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO		NOMBRE COMPLETO DEL PROPUESTO ASEGURADO		
DIRECCION		FECHA DE NACIMIENTO DEL PROPUESTO ASEGURADO		FECHA DE SOLICITUD
CIUDAD/PAIS	TELEFONO	# DE AGENCIA GENERAL	# DE AGENTE	# DEL ARCHIVO

Este paciente suyo ha solicitado un seguro con nuestra Compañía y le agradeceríamos su ayuda profesional para el estudio de esta solicitud. FAVOR DAR DETALLES DE TODAS LAS CONSULTAS.

Por gastos de oficina incurridos en la expedición de esta información, la Compañía pagará hasta US $25.00. Se adjunta la autorización. SIRVASE ENVIAR TODOS LOS ELECTROCARDIOGRAMAS QUE PRONTO LE SERAN DEVUELTOS.

FECHA DE ESTUDIO	SINTOMAS, DESCUBRIMIENTOS, DIAGNOSTICOS, TRATAMIENTOS, OPERACIONES (Su procedimiento y clase)	PRESION ARTERIAL

¿SABE USTED SI SU PACIENTE HA CONSULTADO A CUALQUIER OTRO MEDICO? ☐ SI ☐ No
SI ES AFIRMATIVO, SIRVASE DAR EL NOMBRE Y DIRECCION DEL MEDICO, LA FECHA Y LA RAZON DE LA CONSULTA: _____

¿SABE USTED SI SU PACIENTE HA FUMADO CIGARRILLOS EN LOS ULTIMOS DOCE (12) MESES? ☐ SI ☐ No

RESULTADO DE RADIOGRAFIAS
☐ **NINGUNO**

RESULTADO DE ESTUDIO DE SANGRE
☐ **NINGUNO**

RESULTADO DE EXAMEN DE TEJIDOS
☐ **NINGUNO**

PRONOSTICO	¿Cuánto hace que conoce al paciente?	Parentesco con el paciente
☐ **Ninguno** ☐ **Reservado** ☐ **Bueno** ☐ **Excelente**		

SI NECESITA MAS ESPACIO PARA CONTESTAR CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS, FAVOR COMPLETARLAS EN UNA HOJA APARTE.

_____ FIRMA DEL MEDICO

_____ FECHA

_____ TELEFONO