ASISTENCIA MEDICA
DECLARACION AMPLIATORIA
DEL MEDICO TRATANTE

BMI
IGUALAS MÉDICAS
DEL ECUADOR S.A.

NOMBRE DEL MEDICO _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DIA _____ MES _____ AÑO _____

DETALLE DE LAS FECHAS DE CONSULTAS

FECHA DE ESTUDIO	SINTOMAS, DESCUBRIMIENTOS, DIAGNOSTICOS, TRATAMIENTO, OPERACIONES	PRESION ARTERIAL

RESULTADO DE RADIOGRAFIAS, LABORATORIOS Y OTROS

PRONOSTICO

MALO	RESERVADO	BUENO	EXCELENTE	CUANTO HACE QUE CONOCE AL PACIENTE	PARENTESCO CON EL PACIENTE
☐	☐	☐	☐		

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO _____ **FECHA** _____

Quito: Av. República de El Salvador 734 y Portugal · Edif. Athos, 6to piso · PBX: 244-1250 Fax: 244-1996
Guayaquil: Urbanización Kennedy Norte. Av. Francisco de Orellana · Edif. World Trade Center Torre B, 8vo piso, Of. 811 · PBX: 263-0273 Fax: 263-0274
www.bmi.com.ec