





Existen complicaciones con otra enfermedad – describir?		Facilite cualquier otra información que considere útil para nuestra evaluación	
Observaciones:			
Tiene usted conocimiento si otro especialista ha visto o examinado a este paciente por igual sintomatología o diagnóstico?	Sí ____ No ____	Detalle:	
Nombre del Medico:		Especialidad	
Centro donde atendió al asegurado		Telf. :	
Dirección:			
Firma del Medico:		Fecha:	