Internacional de Seguros

BlueCross BlueShield Panamá

INFORME PEDIATRICO

NOMBRE DEL NIÑO (A):_____/_____
NOMBRE (S) **APELLIDO (S)**

HIJO (A) DE: MADRE:_____ PADRE:_____
NOMBRE Y APELLIDO **NOMBRE Y APELLIDO**

NÚMERO DE CÉDULA DEL NIÑO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____ / _____ /_____
DI A **MES** **AÑO**

ESTATURA y PESO ACTUAL: _____ _____ ESTATURA y PESO AL NACER: _____ _____

1. TIPO DE NACIMIENTO: PARTO NORMAL:_____ CESÁREA:_____ FORCEPS: _____
2. **SEMANAS DE EMBARAZO DE LA MADRE, AL NACER EL BEBÉ:** _____
3. ¿HA PRESENTADO ALGUNA DEFORMIDAD, ENFERMEDAD O DEFECTO CONGÉNITO? DE SER ASÍ, EXPLIQUE:_____
4. ¿LE HA SIDO DETECTADO ALGÚN SOPLO CARDÍACO?
5. ¿HA PRESENTADO ALGÚN PROBLEMA PULMONAR?
6. ¿HA PRESENTADO ADENOPATÍAS?_____EXPLIQUE POR QUÉ?
7. ¿VISCEROMEGALIAS? _____
8. ¿EXISTE ALGÚN ANTECEDENTE QUIRÚRGICO Y/O CONDICION MEDICA / PADECIMIENTO MEDICO POR LA CUAL SE NECESITARIA ALGUNA OPERACIÓN O TRATAMIENTO EN EL FUTURO?

9. ESTADO ACTUAL, INCLUYENDO SECUELAS Y COMPLICACIONES DE LAS AFECCIONES QUE MENCIONÓ:

_____

_____

10. SABE USTED SI HA CONSULTADO OTROS MÉDICOS O CIRUJANOS? EN CASO AFIRMATIVO, DE NOMBRES, FECHAS Y NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD

_____

_____

11. FAVOR MENCIONE LOS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:

_____

_____

12. FAVOR SUMINISTRARNOS CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN QUE POSEA SOBRE LA SALUD DE SU PACIENTE QUE DEBA SER DE NUESTRO CONOCIMIENTO PARA EFECTOS DEL SEGURO:

_____

_____

_____

13. RESULTADOS DE LABORATORIOS – **OBSERVACIONES**

Glicemia _____

Hemoglobina _____

_____

Urinálisis _____

OTROS: _____

_____

DECLARACIÓN

Declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos, que no existe circunstancia alguna fuera de las aquí declaradas que puedan agravar el riesgo y que no he omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida.

FECHA:_____FIRMA Y SELLO DEL MEDICO:_____

******IMPORTANTE******

SI EL SUMINISTRARNOS LA INFORMACIÓN REQUERIDA TIENE ALGUN COSTO, ESTE DEBERA SER ASUMIDO Y CANCELADO EL SOLICITANTE