

Información Médicos Tratantes					
1. Fecha de los primeros síntomas		2. ¿Cuándo fue la primera consulta para esta condición?		3. Fecha de Diagnostico	
4. ¿El paciente había sido tratado anteriormente por cancer o condicion relacionada? Si No De contestar Si, Provea la fecha y diagnostico del aviso anterior/tratamiento para esta condición.					
5. Nombre y Dirección del Médico que refirió al paciente					
6. Nombre y Dirección del Hospital donde se brindaron los servicios					
7. Nombre y Dirección de la casa de enfermería donde se rindieron los servicios o					
8. Sobre los servicios de Hospital	Fecha de admisión	Fecha de Alta	9. Sobre los Servicios de enfermería	Fecha de admisión	Fecha de Alta
10. Incluya los días que el paciente estuvo en la unidad de cuidado intensivo del hospital					
11. Provea los nombre y dirección de los otros médicos que han tratado el paciente					
12. Diagnostico o naturaleza de la enfermedad o lesion que requiere servicios o materiales (Relacionado a los diagnosticos del procedimiento en referencia a los numeros 1.2.3. etc. in col. D) 1. 2. 3.					
13. A	B	C		D	
Fecha de cada servicio	Lugar del Servicio	Describa los procedimientos medicos o quirurgicos y otroso servicios br		Diagnostico No.	
		Codigo Procedimiento	(Explicar circunstancias inusuales)		
					Cargos Totales
Fecha	Nombre Médico (Impreso)	Firma	No. Colegiado		
Teléfono		Especialidad			
Dirección	Ciudad	Estado o Provincia	Codigo postal		