

DECLARACIÓN JURADA PROFESIONAL EN SALUD TRATANTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:		Edad:
No. de Identificación:		Código médico:

INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA (completa médico tratante)

Descripción del padecimiento:	
Diagnóstico:	
Indique el procedimiento, cirugía o tratamiento aplicado al colegiado(a):	
Envío de exámenes:	
Tratamiento: (fuerza, dosis, duración)	

Fecha de atención:		Código médico:
Nombre del médico:		
Firma y sello		