



**Cía. Internacional de Seguros, S.A.**  
**Cuestionario Litiasis Renal**

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS  
 FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección del médico: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

La información detallada en este documento será tratada confidencialmente y bajo secreto profesional.  
 Rogamos contestar todas las preguntas y facilitar toda la información solicitada.

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Presión arterial: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Tratada  No Tratada

Fecha: \_\_\_\_\_

	No	Sí	Detalles		Fecha(s)
<b>Localización</b>					
<input type="checkbox"/> renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> derecha	<input type="checkbox"/> izquierda	_____
<input type="checkbox"/> ureteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> derecha	<input type="checkbox"/> izquierda	_____
<input type="checkbox"/> ureteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_____
<b>Afección causal</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____		
			aún presente	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
<b>Cálculos eliminados</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	persistentes		
				<input type="checkbox"/> lado derecho	_____
				<input type="checkbox"/> lado izquierdo	_____
<b>Tratamiento quirúrgico</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- nefrectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> derecha	<input type="checkbox"/> izquierda	_____
- otra intervención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____		_____
- resultado quirúrgico					
<b>Resultados de los exámenes</b>					
- urografía intravenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultado _____		_____
- ecografía urogenital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultado _____		_____
- calcemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultado _____		_____
- calciuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultado _____		_____
- análisis microscópico de orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> glóbulos rojos	_____	_____
			<input type="checkbox"/> glóbulos blancos	_____	_____
			<input type="checkbox"/> cilindros renales	_____	_____
			<input type="checkbox"/> bacterias	_____	_____

**\* IMPORTANTE: se ruega proporcionar el análisis de cualquier examen anormal.**

FECHA:

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE: