



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)
Localización	<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"/>		_____
Afección causal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____		
			aún presente	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
Cálculos eliminados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	persistentes	<input type="checkbox"/> lado derecho	_____
				<input type="checkbox"/> lado izquierdo	_____
Tratamiento quirúrgico	<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					
Resultados de los exámenes					
- 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: