



MEDICAL FILE

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

FORMULARIO MÉDICO

TO BE COMPLETED BY THE POLICY HOLDER

À REMPLIR PAR L'ASSURÉ / A COMPLETAR POR EL ASEGURADO

First and Last Name / Nom et prénom / Nombre y apellidos :

Contract number / N° d'adhésion / N° de afiliación :

Date of Birth / Date de naissance / Fecha de nacimiento (d/j - m - y/a) : / /

TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN / A COMPLETAR POR EL MÉDICO

What ailment exactly does your patient suffer from?

De quelle pathologie souffre le patient ? / ¿Qué padece el paciente?

If any, state the cause / S'il y en a une, précisez la cause / Si hubiera un motivo, explíquelo :

Date of the symptoms' first manifestation / Date de la 1^{re} manifestation des symptômes pour l'assuré /

Fecha de la primera manifestación (d/j - m - y/a) ? / /

Is this the first episode? / S'agit-il de la première manifestation de la pathologie ? / ¿Es la primera vez?

Date in which the patient has been informed about the diagnosis / Date à laquelle le patient a été informé du

diagnostic / Fecha en la que se ha informado al paciente sobre el diagnóstico (d/j - m - y/a) ? / /

Are there any associated pre-existing pathologies? / Existe-t-il des pathologies pré-existantes associées? /

¿Padece alguna patología preexistente asociada ?

DOCTOR'S STAMP:
TAMPON DU MEDECIN
SELLO DEL MÉDICO

DATE / FECHA :

DOCTOR'S SIGNATURE:
SIGNATURE DU MÉDECIN
FIRMA DEL MÉDICO