



MEDICAL FILE

FORMULARIO MÉDICO

QUESTIONARIO MEDICO

TO BE COMPLETED BY THE POLICY HOLDER*A COMPLETAR POR EL ASEGURADO / DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSICURATO*

First and Last Name / Nombre y apellidos / Nome e cognome:

Contract number / N° de afiliación / N° di adesione:

Date of Birth / Fecha de nacimiento / Data di nascita (d/g - m - y/a): / /

TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR / A COMPLETAR POR EL MÉDICO / DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO1° Reason for consultation / Motivo de la consulta / Motivo della visita: **Symptoms** / Síntomas / Sintomi

In case of an accident, please explain the circumstances

*En caso de accidente, por favor explicar las circunstancias / In caso di infortunio, spiegare le circostanze :*Day of first symptoms / Fecha de los primeros síntomas / Data di comparsa dei primi sintomi (d/g - m - y/a):
..... / /

Is this the first episode? / ¿Es la primera vez? / È il primo episodio?

Any previous pathology associated with the symptoms?

*¿Existe alguna patología previa relacionada con los síntomas?**Esistono delle patologie precedenti associate ai sintomi?*

2° Findings after medical examination / Resultados después del examen clínico / Risultati sulla base degli esami clinici:

3° Clinical impression / Impresión diagnóstica / Impresione clinica:

4° Prescribed tests or scans / Exámenes o análisis recetados / Esami o analisi prescritti:

5° Confirmed diagnosis / Diagnóstico final / Diagnosi finale:

6° Prescribed treatment / Tratamiento recetado / Trattamento prescritto:

DOCTOR'S STAMP:SELLO DEL MÉDICO
TIMBRO DEL MEDICO**DOCTOR'S SIGNATURE:**FIRMA DEL MÉDICO
FIRMA DEL MEDICO**DATE / FECHA / DATA :**