



MEDICAL FILE

FORMULARIO MÉDICO

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

TO BE COMPLETED BY THE POLICY HOLDER / A COMPLETAR POR EL ASEGURADO / À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

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

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

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

TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR / A COMPLETAR POR EL MÉDICO / À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

1° Reason for consultation / Motivo de la consulta / Motif de la consultation : **Symptoms** / Síntomas / Symptômes

In case of an accident, please explain the circumstances

En caso de accidente, por favor explicar las circunstancias / En cas d'accident, préciser les circonstances :

Day of first symptoms / Fecha de los primeros síntomas / Date des premiers symptômes (d/j - m - y/a) : / /

Is this the first episode? / ¿Es la primera vez? / Est-ce le premier épisode ?

Any previous pathology associated with the symptoms?

¿Existe alguna patología previa relacionada con los síntomas?

Y a-t-il des antécédents médicaux en lien avec les symptômes ?

2° Findings after medical examination / Resultados después del examen clínico / Résultats après examen clinique :

3° Clinical impression / Impresión diagnóstica / Impression diagnostique :

4° Prescribed tests or scans / Exámenes o análisis recetados / Examens ou analyses prescrits :

5° Confirmed diagnosis / Diagnóstico final / Diagnostic final :

6° Prescribed treatment / Tratamiento recetado / Traitement prescrit :

DOCTOR'S STAMP:

SELLO DEL MÉDICO
TAMPON DU MEDECIN

DOCTOR'S SIGNATURE:

FIRMA DEL MÉDICO
SIGNATURE DU MEDECIN

DATE / FECHA :