

CUESTIONARIO PARA TUMORES

SEGUROS SURA, S. A. RNC 1-01-00834-2

Este cuestionario debe ser llenado en su totalidad por el médico tratante de la condición.

DATOS DEL SOLICITANTE PRINCIPAL

Primer Nombre Segundo Nombre

Primer Apellido Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento

Estatura (Pies y Pulgadas) Peso (Libras)

Diagnóstico

Fecha del diagnóstico:

Indicar si el tumor fue maligno o benigno. En caso de ser maligno, indique si hubo metástasis

Localización del tumor

Indicar si el tumor fue removido quirúrgicamente

Tratamiento indicado

Fecha de inicio y término del tratamiento

Ha habido recurrencia, en caso afirmativo, fecha y tratamiento indicado

Si No

Pronóstico

Información adicional

Fecha

Nombre del Médico

Firma y sello