

CUESTIONARIO DE GASTRITIS Y ÚLCERAS

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 / Tipo úlcera	
Fecha del diagnóstico:	

METODO DE DIAGNOSTICO

Radiografía	Fecha
Biopsia	Fecha
Endoscopia	Fecha
Helicobácter	Fecha
Tratamiento	

Fecha del último episodio de síntomas

Controles realizados

Esta condición es producto del café, tabaco o alcohol

Pronóstico

Información adicional

Fecha

--------------	--------------

Nombre del Médico

Firma y sello