

CUESTIONARIO DE DESORDENES DE RIÑÓN, VEJIGA Y PRÓSTATA

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)
----------------------------	---------------

Fecha de inicio de los síntomas

Episodios por día

Fecha del último episodio

Tipo del último tratamiento	Fecha
-----------------------------	-------

Tratamiento Actual

El medicamento que esta tomando es de manera continua o cuando lo necesita, en cuyo caso con que frecuencia lo necesita

--

Tipo de la cirugía

Grado de recuperación

Tipo de infección Renal (Pielonefritis)

Cálculos Renales (en un riñón o en los dos)

Existe alguna recurrencia

--

--

Fecha

--

Nombre del Médico

--

Firma y sello