



Cuestionario de Cáncer y/o Tumores

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S)

NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

PESO (KG/LB)

ESTATURA (M/PIES)

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDO(S)

NOMBRE(S)

DIRECCIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA

CUESTIONARIO

1. ¿Desde cuándo conoce y/o trata al paciente? _____

2. Fecha del diagnóstico del cáncer y/o tumores (DD/MM/AAAA) _____

3. Diagnóstico y tratamiento recibido (cirugía, quimioterapia y/o radioterapia). Por favor, provea detalles _____

4. ¿Cuál fue el tratamiento realizado: cirugía, quimioterapia y/o radioterapia? _____

5. ¿Se encuentra su paciente actualmente bajo tratamiento? De ser afirmativa la respuesta, por favor indique detalles del
tratamiento _____

6. Adjuntar el resultado de la biopsia y el estadio ó etapas del diagnóstico _____

Continúa al dorso

7. Estado actual _____

8. Recurrencias _____

9. Información médica adicional no descrita anteriormente y/o comentarios _____

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

FECHA (MM/DD/AAAA)

El contrato es emitido por Best Doctors S.A.
Empresa de Medicina Prepagada, compañía
registrada en el Ecuador. Servicio de medicina
prepagada ofrecido por Best Doctors S.A. Empresa
de Medicina Prepagada en representación de
Best Doctors Insurance Limited.
www.bestdoctorsinsurance.com

Para Servicio en Ecuador 045028000
Para Servicio en los EE.UU 1 305 269 2521