



# Blue Cross and Blue Shield of Panama

## INFORME PEDIATRICO

NOMBRE DEL NIÑO (A): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**NOMBRE (S)** **APELLIDO (S)**

HIJO (A) DE: MADRE: \_\_\_\_\_ PADRE: \_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y APELLIDO** **NOMBRE Y APELLIDO**

**NÚMERO DE CÉDULA DEL NIÑO:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**DI A** **MES** **AÑO**

ESTATURA y PESO ACTUAL: \_\_\_\_\_ ESTATURA y PESO AL NACER: \_\_\_\_\_

- TIPO DE NACIMIENTO: PARTO NORMAL: \_\_\_\_\_ CESÁREA: \_\_\_\_\_ FORCEPS: \_\_\_\_\_
- SEMANAS DE EMBARAZO DE LA MADRE, AL NACER EL BEBÉ:** \_\_\_\_\_
- ¿HA PRESENTADO ALGUNA DEFORMIDAD, ENFERMEDAD O DEFECTO CONGÉNITO? DE SER ASÍ, EXPLIQUE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿LE HA SIDO DETECTADO ALGÚN SOPLO CARDÍACO?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿HA PRESENTADO ALGÚN PROBLEMA PULMONAR?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿HA PRESENTADO ADENOPATÍAS? \_\_\_\_\_ EXPLIQUE POR QUÉ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿VISCEROMEGALIAS? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿EXISTE ALGÚN ANTECEDENTE QUIRÚRGICO Y/O CONDICION MEDICA / PADECIMIENTO MEDICO POR LA CUAL SE NECESITARÍA ALGUNA OPERACIÓN O TRATAMIENTO EN EL FUTURO?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. ESTADO ACTUAL, INCLUYENDO SECUELAS Y COMPLICACIONES DE LAS AFECCIONES QUE MENCIONÓ:

---

---

10. SABE USTED SI HA CONSULTADO OTROS MÉDICOS O CIRUJANOS? EN CASO AFIRMATIVO, DE NOMBRES, FECHAS Y NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD

---

---

11. FAVOR MENCIONE LOS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:

---

---

12. FAVOR SUMINISTRARNOS CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN QUE POSEA SOBRE LA SALUD DE SU PACIENTE QUE DEBA SER DE NUESTRO CONOCIMIENTO PARA EFECTOS DEL SEGURO:

---

---

13. RESULTADOS DE LABORATORIOS – **OBSERVACIONES**

Glicemia \_\_\_\_\_

Hemoglobina \_\_\_\_\_

Hematocrito Blancos y Dif. \_\_\_\_\_

Urinálisis \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **DECLARACIÓN**

Declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos, que no existe circunstancia alguna fuera de las aquí declaradas que puedan agravar el riesgo y que no he omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida.

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO DEL MEDICO: \_\_\_\_\_

**\*\*\*IMPORTANTE\*\*\***

*SI EL SUMINISTRARNOS LA INFORMACIÓN REQUERIDA TIENE ALGUN COSTO, ESTE DEBERA SER ASUMIDO Y CANCELADO POR EL SOLICITANTE*



Suscrito y Administrado por Cía. Internacional de Seguros, Licenciatario Independiente de Blue Cross And Blue Shield Association, autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panama.

---