

# MEDICAL FILE / FORMULARIO MÉDICO / QUESTIONNAIRE MÉDICAL

TO BE COMPLETED BY THE POLICY HOLDER / A COMPLETAR POR EL ASEGURADO À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

First and Last Name / Nombre y apellidos / Nom et prénom : .....  
Contract number / N° de afiliación / N° d'adhésion : .....  
Date of Birth / Fecha de nacimiento / Date de naissance (d/j - m - y/a) : ..... / ..... / .....

TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR / A COMPLETAR POR EL MÉDICO / À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

1° Reason for consultation / Motivo de la consulta / Motif de la consultation : **Symptoms** / Síntomas / Symptômes

In case of an accident, please explain the circumstances

En caso de accidente, por favor explicar las circunstancias / En cas d'accident, préciser les circonstances :

Day of first symptoms / Fecha de los primeros síntomas / Date des premiers symptômes (d/j - m - y/a) :  
..... / ..... / .....

Is this the first episode? / ¿Es la primera vez? / Est-ce le premier épisode ? .....

Any previous pathology associated with the symptoms? / ¿Existe alguna patología previa relacionada con los síntomas? / Y a-t-il des antécédents médicaux en lien avec les symptômes ?

2° Findings after medical examination / Resultados después del examen clínico / Résultats après examen clinique :

3° Clinical impression / Impresión diagnóstica / Impression diagnostique :

4° Prescribed tests or scans / Exámenes o análisis recetados / Examens ou analyses prescrits :

5° Confirmed diagnosis / Diagnóstico final / Diagnostic final :

6° Prescribed treatment / Tratamiento recetado / Traitement prescrit :

This information will be treated as private and confidential

DOCTOR'S STAMP / SELLO DEL MÉ-  
DICO / TAMPON DU MEDECIN:

DOCTOR'S SIGNATURE / FIRMA DEL  
MÉDICO / SIGNATURE DU MÉDECIN:

DATE / FECHA: