

MAPFRE Medicare Excel
Programa de Educación y Promoción de la Salud
Hoja de Consulta para Servicios de Educación en Salud

Nombre del asegurado:		Edad:	Sexo:
Número de contrato:		Teléfono del asegurado:	
Dirección:			
Nombre del médico:		Fecha de referido:	
Municipio:		Teléfono del médico	
Diagnóstico: _____ Diabetes _____ Cond. Respiratoria _____ Cáncer: _____ _____ Hipertensión _____ Asma _____ VIH/SIDA _____ Fallo Cardíaco _____ Cond. Cardiovascular _____ Otro: _____			
Factores de riesgo identificados: _____ Fumar _____ Alcohol _____ Obesidad _____ Drogas _____ Colesterol: _____ mgdl _____ Otros: _____			
Motivo de la Consulta Solicitada: (Favor de anotar datos clínicos relevantes a la orientación a ser efectuada por el Educador en Salud) _____ _____ _____ _____ _____			
Nombre Profesional que refiere: _____ Firma: _____			
Informe del Educador En Salud: _____ _____ _____ _____ _____			
Firma del Educador en Salud: _____ Fecha: _____ Núm. de Licencia: _____			

Nota: la información que contiene este documento es estrictamente confidencial.

Favor de enviar al Departamento de Educación y Promoción de la Salud, División de Asuntos Médicos, MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY al siguiente número de fascímil 787-296-5634 o a la dirección de e-mail chdeleon@mapfrepr.com

