

# INFORME DE MÉDICO TRATANTE

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Solicitud: \_\_\_\_\_

Póliza: \_\_\_\_\_

### Favor de consignar todas las preguntas:

Diagnóstico preciso efectuado: \_\_\_\_\_

Fecha de Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Método diagnóstico empleado: \_\_\_\_\_

Describir primeros síntomas presentados: \_\_\_\_\_

Fecha que presentó los primeros Síntomas (Precisar mes y año): \_\_\_\_\_

Exámenes realizados que fundamentan el diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento indicado y objetivo de este: \_\_\_\_\_

Estimación de tratamiento: \_\_\_\_\_

Breve historia clínica: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Inscripción número colegio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha del Informe: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_