INFORME DE MÉDICO TRATANTE

Vida Cámara
SOMOS CChC

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:

Rut:	Solicitud:	Póliza:

Favor de consignar todas las preguntas:

Diagnóstico efectuado: _____

Fecha de primer diagnóstico de Obesidad (precisar día, mes y año): _____

Método de diagnóstico: _____

Indicar mes y año en que comienza a subir de peso: _____

Se trató con fármacos: Sí ☐ No ☐ Por cuanto tiempo: _____

Peso: _____ **Talla:** _____ **IMC:** _____

Tratamiento indicado o realizado: _____

Tiene alguna patología asociada al diagnóstico principal. (Indique patología y fecha de diagnóstico):

El paciente consultó anteriormente, con otro profesional, por patología relacionada a la que se está tratando ahora:
Sí ☐ No ☐ Fecha: _____

Indique nombre y especialidad del médico que lo derivó: _____

Nombre del Médico: _____

Inscripción número colegio: _____ Teléfono: _____

Fecha del Informe: _____ Firma: