

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 Diagnóstico: _____

Método diagnóstico empleado para evaluar la patología: _____

Describir primeros síntomas presentados: _____

Fecha de inicio de primeros síntomas: _____

Cuanto tiempo estuvo con esta sintomatología: _____

Tratamiento indicado, previo a cirugía: _____

Por cuanto tiempo estuvo en tratamiento: _____

La deformación o desviación fue a causa de un accidente: Sí No

• Fecha del Accidente: _____

• Detalle del Accidente: _____

Nombre de Hospital o Clínica en la cual consulto: _____

Señale principal motivo de la indicación de cirugía: _____

Breve historia clínica: _____

Nombre del Médico: _____

Inscripción número colegio: _____ Teléfono: _____

Fecha del Informe: _____

Firma: _____