

INFORME MÉDICO TRATANTE

Nombre del paciente: _____
Rut.: _____

Fecha de Nacimiento:

1.- Es usted:

- Médico de cabecera del paciente de la referencia
 Médico que ha examinado ocasionalmente al paciente de la referencia

2.- Favor consignar: diagnóstico, fecha de diagnóstico, etiología de la(s) patología(s):

3.- ¿El paciente ha sido hospitalizado? SI NO
Detallar fechas y duración de la hospitalización

4.- Detallar métodos, diagnósticos empleados (examen de laboratorio, radiológicos, endoscopías, biopsias, otros), consignando fechas y resultados de los mismos:

5.- ¿El paciente requirió de tratamiento médico? SI NO
Detallar nombre de medicamentos, duración de tratamientos y dosis:

6.- ¿El paciente fue sometido a intervenciones quirúrgicas como tratamiento de sus dolencias? SI NO
Detallar tipo de intervención, fecha y resultado:

Le agradecería me comunique cualquier información adicional que sea de interés para la evaluación de salud del paciente.

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

INSCRIPCIÓN NÚMERO COLEGIO: _____

FECHA DEL INFORME: _____