

informe del médico tratante

nombre del asegurado	rut	n° propuesta
diagnóstico	fecha de diagnóstico ____/____/____	fecha de los 1 ^{eros} síntomas ____/____/____
describa los exámenes realizados que fundamentan el diagnóstico y sus resultados		
describa tratamiento realizado, dosis diaria, duración y resultado final de éste		
fecha de último control médico ____/____/____	último control médico: exámenes practicados y resultados	
defina la condición actual de su paciente: <input type="checkbox"/> se encuentra de alta sin tratamiento actual <input type="checkbox"/> se encuentra en control regular con o sin tratamiento <input type="checkbox"/> se encuentra en tratamiento pero sin control regular	otras observaciones a la condición actual de su paciente:	

¿ha requerido hospitalización por éste u otro diagnóstico? ¿cuál y por qué?

¿conoce usted si padece de alguna otra enfermedad o esta tomando algún otro medicamento? ¿cuál y por qué?

¿sabe ud. si será sometido a alguna cirugía próximamente? ¿ por qué diagnóstico?

¿tiene riesgo de incapacidad por esta enfermedad su paciente?

peso y talla del paciente

peso (kg)

talla (cms)

nombre del médico

rut

n° icm

dirección de su consulta

teléfono

 firma y timbre del médico tratante

 fecha de informe: . . . / . . . / . . .