

# INFORME MÉDICO TRATANTE

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

## I. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
R.U.T <input type="text"/> - <input type="text"/>	Solicitud	Nº Póliza

## II. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
R.U.T <input type="text"/> - <input type="text"/>	Inscripción Nº Colegio	Teléfono
Fecha de Informe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

## III. CONSIGNAR TODAS LAS PREGUNTAS

Diagnóstico preciso efectuado

---

Fecha de Diagnóstico <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Método Diagnóstico empleado
--	-----------------------------

Describir primeros síntomas presentados:

---

Fecha que presentó los primeros Síntomas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Exámenes realizados que fundamentan el diagnóstico
--	--

Tratamiento indicado y objetivo de este

---

Estimación de tratamiento

---

Breve historia clínica

---



---



---

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico