

Informe Médico Tratante

Nombre del Paciente: _____ Rut : _____
Solicitud: _____
Póliza: _____

Favor de consignar todas las preguntas:

Diagnóstico preciso efectuado:

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

Detalle exámenes realizados que fundamentan el diagnóstico, fecha y resultados:

Describa primeros síntomas presentados: _____

Tratamiento indicado y objetivo de este:

Duración aproximada de tratamiento: _____

Breve evaluación Clínica:

Solicitamos renovar este informe Médico y exámenes de control cada doce meses para la correcta bonificación de sus gastos.

Nombre del Médico:	Especialidad:
Inscripción número colegio:	Teléfono:
Fecha del Informe:	Firma: