

informe del médico tratante

nombre del asegurado <i>Priscilla Rautner Olave</i>	rut	n° propuesta
diagnóstico <i>Ovario Polipístico</i>	fecha de diagnóstico ____/____/____	fecha de los 1 ^{eros} síntomas ____/____/____
describa los exámenes realizados que fundamentan el diagnóstico y sus resultados <i>Eco Ginecología</i>		
describa tratamiento realizado, dosis diaria, duración y resultado final de éste <i>Acotol Permanente</i>		
fecha de último control médico <i>20, 7, 23</i>	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?

No

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

No

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

No

¿tiene riesgo de incapacidad por esta enfermedad su paciente?

No

peso y talla del paciente

peso_____ (kg)

talla_____ (cms)

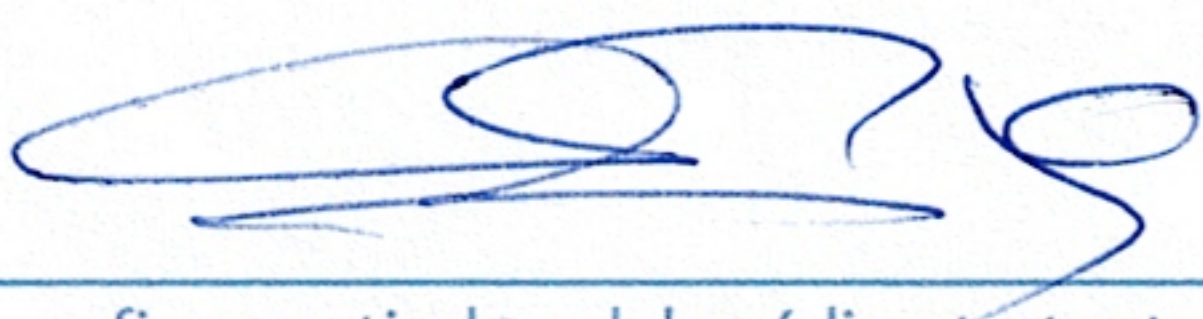
nombre del médico

rut

nº icm

dirección de su consulta

teléfono



firma y timbre del médico tratante

fecha de informe: 20/7/23