

**informe del médico tratante**

nombre del asegurado	rut	nº propuesta
diagnóstico	fecha de diagnóstico _____/_____/_____	fecha de los 1eros 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

nº icm

dirección de su consulta

teléfono

firma y timbre del médico tratante

fecha de informe: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_