**Doctores.**

* ID (Rut) Doctor
* Nombre/s Doctor
* Primer Apellido Doctor
* Segundo Apellido Doctor
* Correo Doctor
* N° Teléfono Doctor
* Especialidad Doctor

**Pacientes.**

* ID (Rut) Paciente
* Nombre/s Paciente
* Primer Apellido Paciente
* Segundo Apellido Paciente
* Correo Paciente
* N° Teléfono Paciente
* Fecha de Nacimiento (formato año/mes/dia) Paciente
* Dirección (Opcional) Paciente
* Genero Paciente

**Informes.**

* ID Informe
* ID Doctor
* ID Paciente
* Título del Informe
* Descripción del Informe
* Notas o comentarios del doctor
* Instrucciones (medicamentos o tratamientos que hacer)
* Fecha del Informe (subido)
* Documentos extras (pdf, words, radiografías, etc.)

**Clínica.**

* ID Clínica
* Nombre Clínica
* Correo Clínica
* N° Teléfono Clínica

**Sede\_Clínica.**

* ID Sede
* ID Clínica
* Región Sede
* Comuna Sede
* Dirección Sede
* Teléfono Sede

**Doctor\_ Clínica.**

* ID Doctor
* ID Clínica

**Paciente\_ Informe.**

* ID
* ID Paciente
* ID Informe
* Fecha