

DECLARACIÓN MÉDICO TRATANTE

Fecha: _____

Estimado(a) Doctor(a) _____

Ruego a usted entregarnos la siguiente información del paciente:

Nombre: _____ Rut: _____ Edad: _____

Antecedentes mórbidos:

Diagnóstico:

Plan terapéutico para seguir en ciudad de origen:

Firma y timbre médico tratante

AGRADECemos DEVOLVER ESTE DOCUMENTO AL PACIENTE AL TÉRMINO DE SU CONSULTA

SE SOLICITA ALTA DEL PACIENTE PARA CONTINUAR CONTROLES EN SU HOSPITAL BASE. CUALQUIER PRESTACIÓN O DERIVACIÓN DE ESTA CONSULTA QUEDA SUJETA A LA DECISIÓN DE ISALUD ISAPRE DE CODELCO