

**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