

INFORME DEL MÉDICO TRATANTE

| | | | | |
|---------------------|----------|---------------|------------------|-----|
| Nombre del Paciente | | | Rut del Paciente | |
| Nombre del Médico | Teléfono | Fecha informe | Especialidad | ICM |

| | | | |
|----------------------|------|-------|-----|
| Diagnóstico preciso. | Peso | Talla | IMC |
|----------------------|------|-------|-----|

Medico de Cabecera del Paciente

Otros Médicos que han examinado o tratado al paciente Especialidad

Fecha de primera consulta por este diagnóstico.

¿Desde cuándo se encuentra en control, estudio y/o tratamiento por éste diagnóstico?

¿Desde cuándo tiene evidencia el paciente de padecer de esta enfermedad?

¿Cuál es el menoscabo físico que presenta el paciente asociado a ésta enfermedad y desde cuándo?

Mencionar Patologías asociadas o relacionadas con el diagnostico principal, su historia y tratamientos efectuados.

Describa tratamiento realizado, objetivo y duración de éste.

Tiene antecedentes de hospitalización previa por esta enfermedad? Cuándo?, Dónde? ¿Cuál fue el tratamiento realizado?

Tiene antecedentes de hospitalización para estudio y/o tratamiento de otra enfermedad? ¿Cuál (es)? Cuándo? ¿Dónde?

Describa exámenes y procedimientos realizados qua hayan fundamentado el diagnostico.

¿Qué medicamentos se encuentra tomando actualmente el paciente y por qué diagnóstico?

Indicar estado actual y cualquier información adicional que sea de interés para la evaluación de la historia clínica

Pronostico de la enfermedad.

Firma y timbre del médico tratante

La información aportada será manejada en forma confidencial y no constituye la única fuente de información.

La entrega de la información incompleta o parcial sólo retarda la resolución del caso y su correspondiente bonificación.

Dr. Juan Cataldo Acuña
Médico Contralor
RCM 16.112-8