

**INFORME MEDICO TRATANTE O ESPECIALISTA
(PARA OTROS DIAGNÓSTICO)**

Nombre del paciente: _____

Rut: _____

Folio Formulario de Incorporación _____

1. Es Usted:

____ Médico de cabecera del paciente de la referencia.

____ Médico que ha examinado ocasionalmente al paciente de la referencia

2. Precisar diagnóstico, fechas y duración de la(s) enfermedad (es)

3. Precisar **Etiología(s)** de la enfermedad (es):

4. Precisar **Tratamiento (s)** y duración:

5. Detallar **Métodos Diagnósticos** empleados (Exámenes de Laboratorio, Radiológicos, otros):

6. ¿Ha sido **Hospitalizado** por sus dolencias? Detallar **Fechas y Duración**:

7. ¿Ha sido sometido a Intervenciones Quirúrgicas como tratamiento de sus dolencias? Detallar **fecha y tipo de intervención**:

8. Precisar **Estado Actual y Pronóstico**:

9. ¿Presenta algún Impedimento físico o psicológico, **secuela (s) o Complicación(es)** de su(s) enfermedad (es).

10. Le agradeceremos proporcionarnos cualquier Información adicional

Nombre del Médico _____

Firma del Médico _____

Registro Colegio Médico N° _____