

INFORME MÉDICO TRATANTE

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

I. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
R.U.T <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	Solicitud	Nº Póliza

II. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
R.U.T <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>	Inscripción Nº Colegio	Teléfono
Fecha de Informe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

III. CONSIGNAR TODAS LAS PREGUNTAS

Diagnóstico preciso efectuado

Fecha de Diagnóstico <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Método Diagnóstico empleado
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

Describir primeros síntomas presentados:

Fecha que presentó los primeros Síntomas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Exámenes realizados que fundamentan el diagnóstico
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

Tratamiento indicado y objetivo de este

Estimación de tratamiento

Breve historia clínica

Firma del Médico