

INFORME MEDICO TRATANTE INVALIDEZ

Nombres y Apellidos

Fecha de Nacimiento

Rut

NºDPS

NºPóliza

Completar por el Médico tratante

1. Es usted
 - Médico de cabecera del paciente de la referencia
 - Médico que ha examinado ocasionalmente al paciente de la referencia
2. Favor consignar el o los Diagnósticos por el cual trata o fue tratado su paciente

Fecha de diagnóstico/Indicar causa que originó la enfermedad (s) que dieron origen a la invalidez de su paciente:

3. ¿Ha sido hospitalizado por causa del o de los diagnósticos, que dieron origen a la invalidez de su paciente? SI NO

Detallar fechas y duración de hospitalización: _____

4. Detallar métodos, diagnósticos empleados (exámenes de laboratorio, radiográficos, ultrasonido, biopsias, otros), **consignando fechas, resultados y adjuntando resultados de los mismos:**

5. ¿Ha requerido en el tratamiento medicamentos? SI NO

¿Cuáles? _____

6. ¿Ha debido ser sometido a intervenciones quirúrgicas como parte del tratamiento de su (s) diagnóstico(s)?

SI NO

Detallar tipo de intervención, fecha y resultado: _____

7. ¿Cuál es la condición actual de su paciente?

8. ¿Se encuentra bajo tratamiento? SI NO ¿cuál? : _____
Dosis _____

Fecha de inicio del tratamiento _____ Fecha de término del tratamiento _____

¿Fue dado de alta? SI NO Fecha de alta _____

Especifique si existe patología concomitante o asociada, fecha del diagnóstico y fecha de inicio control de la misma:

9. ¿Presenta algún impedimento físico, psicológico, secuela o complicación producto de su patología?

Detallar _____

Actividad física y/o laboral: (marque según corresponda)

Normal Ligeramente limitada Limitada Imposible

10. Le agradecería me comuniqué cualquier información adicional que sea de interés en la evolución y pronóstico de salud de su paciente:

ADJUNTE COPIA DE LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS Y/O CONTROL REALIZADOS

Si el formulario se presenta incompleto será devuelto

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

SI EL PACIENTE TIENE AUTONOMÍA AGRADECEMOS CONTESTAR LOS SIGUIENTES PUNTOS:
Entendemos por **autonomía**, a la capacidad de efectuar las actividades de la vida diaria sin ayuda o supervisión de terceros.

- Autonomía SI NO

Existen actividades contenidas en cuatro áreas, favor indicar en el casillero respectivo si el paciente tiene la capacidad de realizarlas:

1.- Actividades de la vida diaria

- Levantarse y acostarse SI NO
- Asearse SI NO
- Vestirse y desnudarse SI NO
- Deambular y desplazarse en domicilio SI NO
- Sentarse y levantarse SI NO
- Alimentarse SI NO
- Necesidades fisiológicas SI NO
- Salir del domicilio en caso de peligro SI NO

2.- Actividades domésticas

- Cocinar SI NO
- Asear espacios SI NO
- Cuidado de la ropa SI NO
- Ordenar habitaciones SI NO
- Ocuparse de niños SI NO

3.- Actividades de desplazamiento fuera del domicilio en la vida diaria

- Bipedestación SI NO
- Marchar a pie SI NO
- En vehículos SI NO
- Transporte colectivo SI NO
- Silla de ruedas SI NO
- Planos inclinados SI NO

4.- Actividades de eficiencia social en la vida diaria

- Interacción social SI NO
- Resolución de problemas SI NO
- Memoria SI NO
- Comprensión SI NO
- Expresión SI NO
- Capacidad de mantención y respeto
de vínculos socio-culturales SI NO



Nombre del médico _____

Inscripción número colegio médico _____

Fecha del informe _____

Firma del médico
(sello)

El suscrito declara que las respuestas anteriores son verídicas y dieron origen a la invalidez del paciente”.