



M 06 / INFORME MEDICO TRATANTE

Nombres y Apellidos

Diagnosticos:

Fecha de Nacimiento

RUT

N° DPS

N° de Póliza

COMPLETAR POR EL MEDICO 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 Fecha del diagnóstico(s) por el cual fue tratado el paciente y una breve historia sobre la patología tratada y su relación.

3. ¿Fue hospitalizado por causa de alguno de los diagnósticos indicados? SI NO

Detallar fechas y duración de hospitalización _____

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

ADJUNTA COPIA DEL RESULTADO DE LA BIOPSIA: SI NO NO SE TOMO BIOPSIA

5. ¿Requirió de tratamiento de tipo medicamentosos u otro (ej Kinésico, Radioterapia)? Especifique: SI NO

6. ¿Ha debido ser sometido a intervenciones quirúrgicas como tratamientos de sus dolencias? SI NO
Detallar tipo de intervención, fecha y resultado:

7. ¿Cuál es la condición del paciente en su última consulta?
¿Se encontraba bajo tratamiento? SI NO ¿Cuál?: _____

Dosis: _____

Fecha de inicio del tratamiento: _____ **Fecha de término del tratamiento:** _____

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

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

8. ¿Presentaba algún impedimento físico, psicológico, secuela o complicación producto de su patología?

9. Le agradecería nos comunique cualquier información adicional que sea de interés para la evaluación de salud del paciente

ADJUNTE COPIA DE LOS EXAMENES DIAGNOSTICO Y/O CONTROL REALIZADOS

Nombre del Médico _____

Inscripción Número Colegio _____

Fecha del Informe _____

Firma del Médico
(SELLO)

" El suscrito declara que las respuestas anteriores son verídicas y acepta que las mismas formen parte de la declaración de salud del asegurable"