

INFORME DEL MEDICO TRATANTE

SE RUEGA AL MEDICO COMPLETAR DETALLADAMENTE CON LAS FECHAS Y ACLARACIONES CORRESPONDIENTES.

Datos de su Pacient	e									
Apellido Patemo		Apellido Matemo		Nombres						
R.U.T.		Fecha de Nacimiento								
	_									
1. Es Ud. el médico que controla al paciente en forma:										
Habitual desde:		☐ Ocasional			☐ Primera consulta					
2. Favor indicar										
Estatura	ra Peso		Presión arterial			En tratamiento □ Si □ No Fecha: / /			1	
¿Fuma?	Consumo diari	in	/	¿Dejó de fumar?		Consumo diario	геспа:	/	1	
Si No	Consumo diar			Si No		Consumo diano				
			-							
3. ¿Cuál fue el motiv	o de las consult	as? Favor c	onsignar diagnóstico	médico, fecha y	detall	ar causa y durac	ción de las e	enferme	edades.	
4. Marque el método	de diagnóstico	empleado, i	ndicando resultado, l	hallazgo clínico y	/ fecha					
Examen	Resultado	1	Detalle hallazgo cl		<u>'</u>		Fecha			
Análisis de Orina		☐ Alterado						/	/	
Análisis de Sangre		Alterado						/	/	
E.C.G. Reposo E.C.G. Esfuerzo		☐ Alterado ☐ Alterado						/		
Ecocardiograma	\square Normal	☐ Alterado						/	/	
R.N.M. o T.A.C.	Normal	Alterado						/		
Biopsia Otros	□ Normal□ Normal	☐ Alterado ☐ Alterado						/		
0.000								-		
5. Estado actual de la	a enfermedad									
a) ¿Está actualmente en tratamiento?										
☐ Si ☐ No Especifique cuál y por cuánto tiempo:										
b) ¿Fue dado de alta?										
☐ Si ☐ No Fecha: Especifique si hay patología concomitante o asociada, nombre y tratamiento:										
. –										
	c) ¿Fue sometido a intervención quirúrgica?									
Si No	Fec	ha:								



Si	6. ¿Tiene prevista alguna hospitalización?								
7. ¿Considera Ud. que el paciente está bajo control médico regular? Si No 8. ¿Tiene alguna limitación funcional? Si No 9. ¿Cuál es el pronóstico y evolución de la enfermedad? 10. ¿Es probable la existencia de una discapacidad física o psiquica? Si No 11. Proporcione antecedentes mórbidos relevantes actuales y remotos. Antecedentes del Médico Tratante Nombre del Médico Tratante Teléfono consulta		rcione detalles:							
Si No 8. ¿Tiene alguna limitación funcional? Si No 9. ¿Cuál es el pronóstico y evolución de la enfermedad? 10. ¿Es probable la existencia de una discapacidad física o psíquica? Si No 11. Proporcione antecedentes mórbidos relevantes actuales y remotos. Antecedentes del Médico Tratante Nombre del Médico R.U.T. RCM. Especialidad Teléfono consulta	· A A								
Si No 8. ¿Tiene alguna limitación funcional? Si No 9. ¿Cuál es el pronóstico y evolución de la enfermedad? 10. ¿Es probable la existencia de una discapacidad física o psíquica? Si No 11. Proporcione antecedentes mórbidos relevantes actuales y remotos. Antecedentes del Médico Tratante Nombre del Médico R.U.T. RCM. Especialidad Teléfono consulta									
Si No 8. ¿Tiene alguna limitación funcional? Si No 9. ¿Cuál es el pronóstico y evolución de la enfermedad? 10. ¿Es probable la existencia de una discapacidad física o psíquica? Si No 11. Proporcione antecedentes mórbidos relevantes actuales y remotos. Antecedentes del Médico Tratante Nombre del Médico R.U.T. RCM. Especialidad Teléfono consulta									
Si No 8. ¿Tiene alguna limitación funcional? Si No 9. ¿Cuál es el pronóstico y evolución de la enfermedad? 10. ¿Es probable la existencia de una discapacidad física o psíquica? Si No 11. Proporcione antecedentes mórbidos relevantes actuales y remotos. Antecedentes del Médico Tratante Nombre del Médico R.U.T. RCM. Especialidad Teléfono consulta	7. ¿Considera Ud. que el paciente está bajo control médico regular?								
8. ¿Tiene alguna limitación funcional? Si No 9. ¿Cuál es el pronóstico y evolución de la enfermedad? 10. ¿Es probable la existencia de una discapacidad fisica o psiquica? Si No 11. Proporcione antecedentes mórbidos relevantes actuales y remotos. Antecedentes del Médico Tratante Nombre del Médico R.U.T. RCM. Especialidad Teléfono consulta									
9. ¿Cuál es el pronóstico y evolución de la enfermedad? 10. ¿Es probable la existencia de una discapacidad física o psíquica? Si									
9. ¿Cuál es el pronóstico y evolución de la enfermedad? 10. ¿Es probable la existencia de una discapacidad física o psíquica? Si									
9. ¿Cuál es el pronóstico y evolución de la enfermedad? 10. ¿Es probable la existencia de una discapacidad física o psíquica? Si No 11. Proporcione antecedentes mórbidos relevantes actuales y remotos. Antecedentes del Médico Tratante Nombre del Médico R.U.T. RCM. Especialidad Teléfono consulta	8. ¿Tiene alguna limitación funcional?								
10. ¿Es probable la existencia de una discapacidad física o psíquica? Si No 11. Proporcione antecedentes mórbidos relevantes actuales y remotos. Antecedentes del Médico Tratante Nombre del Médico R.U.T. RCM. Especialidad Teléfono consulta	☐ Si ☐ No								
10. ¿Es probable la existencia de una discapacidad física o psíquica? Si No 11. Proporcione antecedentes mórbidos relevantes actuales y remotos. Antecedentes del Médico Tratante Nombre del Médico R.U.T. RCM. Especialidad Teléfono consulta									
10. ¿Es probable la existencia de una discapacidad física o psíquica? Si No 11. Proporcione antecedentes mórbidos relevantes actuales y remotos. Antecedentes del Médico Tratante Nombre del Médico R.U.T. RCM. Especialidad Teléfono consulta	Cuál es al pronáctico y avalución de la enformedad?								
II. Proporcione antecedentes mórbidos relevantes actuales y remotos. Antecedentes del Médico Tratante Nombre del Médico R.U.T. Especialidad Rec. Teléfono consulta	9. ¿Cuai es ei pronostico y evolución de la emermedad:								
II. Proporcione antecedentes mórbidos relevantes actuales y remotos. Antecedentes del Médico Tratante Nombre del Médico R.U.T. Especialidad Rec. Teléfono consulta									
II. Proporcione antecedentes mórbidos relevantes actuales y remotos. Antecedentes del Médico Tratante Nombre del Médico R.U.T. Especialidad Rec. Teléfono consulta									
Antecedentes del Médico Tratante Nombre del Médico Especialidad R.U.T. RCM. Teléfono consulta	10. ¿Es probable la existencia de una discapacidad física o psíquica?								
Antecedentes del Médico Tratante Nombre del Médico Especialidad R.U.T. RCM. Teléfono consulta									
Antecedentes del Médico Tratante Nombre del Médico R.U.T. Especialidad REM. Teléfono consulta									
Antecedentes del Médico Tratante Nombre del Médico R.U.T. Especialidad REM. Teléfono consulta									
Nombre del Médico R.U.T. Especialidad Teléfono consulta	11. Proporcione antecedentes mórbidos relevantes actuales y remotos.								
Nombre del Médico R.U.T. Especialidad Teléfono consulta									
Nombre del Médico R.U.T. Especialidad Teléfono consulta									
Nombre del Médico R.U.T. Especialidad Teléfono consulta									
Nombre del Médico R.U.T. Especialidad Teléfono consulta									
Nombre del Médico R.U.T. Especialidad Teléfono consulta									
Nombre del Médico R.U.T. Especialidad Teléfono consulta	Antecedentes del Médico Tratante								
Especialidad Teléfono consulta		R.U.T.		RCM.					
			_						
Firma del Médico	Especialidad		Teléfono consult	ta					
Firma del Médico									
Firma del Médico									
Firma del Médico									
Firma del Médico									
rimia dei Medico			Firmo del Médico						
			ruma uei Meuico						

Fecha: ____