

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

Datos de su Paciente

Apellido Paterno	Apellido Materno	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	Peso	Presión arterial	En tratamiento	
		/	☐ Si ☐ No	Fecha: / /
¿Fuma?	Consumo diario	¿Dejó de fumar?	Consumo diario	
Si ☐ No ☐		Si ☐ No ☐		

3. ¿Cuál fue el motivo de las consultas? Favor consignar diagnóstico médico, fecha y detallar causa y duración de las enfermedades.

4. Marque el método de diagnóstico empleado, indicando resultado, hallazgo clínico y fecha.

Examen	Resultado	Detalle hallazgo clínico	Fecha
Análisis de Orina	☐ Normal ☐ Alterado		/ /
Análisis de Sangre	☐ Normal ☐ Alterado		/ /
E.C.G. Reposo	☐ Normal ☐ Alterado		/ /
E.C.G. Esfuerzo	☐ Normal ☐ Alterado		/ /
Ecocardiograma	☐ Normal ☐ Alterado		/ /
R.N.M. o T.A.C.	☐ Normal ☐ Alterado		/ /
Biopsia	☐ Normal ☐ Alterado		/ /
Otros	☐ Normal ☐ Alterado		/ /

5. Estado actual de la 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	Fecha:

6. ¿Tiene prevista alguna hospitalización?

☐ Si	☐ No	Fecha:	Por favor, proporcione detalles:

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 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	

Firma del Médico

Fecha: ____ / ____ / ____
Día Mes Año