

# INFORME DE MÉDICO TRATANTE

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Solicitud: \_\_\_\_\_

Póliza: \_\_\_\_\_

### Favor de consignar todas las preguntas:

Diagnóstico efectuado: \_\_\_\_\_

Fecha de Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Método diagnóstico empleado para evaluar la patología: \_\_\_\_\_

Describir primeros síntomas presentados: \_\_\_\_\_

**Fecha de inicio de primeros síntomas:** \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo estuvo con esta sintomatología: \_\_\_\_\_

Tratamiento indicado, previo a cirugía: \_\_\_\_\_

Por cuanto tiempo estuvo en tratamiento: \_\_\_\_\_

La deformación o desviación fue a causa de un accidente: Sí  No

• Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_

• Detalle del Accidente: \_\_\_\_\_

Nombre de Hospital o Clínica en la cual consulto: \_\_\_\_\_

Señale principal motivo de la indicación de cirugía: \_\_\_\_\_

Breve historia clínica: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Inscripción número colegio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha del Informe: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_