

INFORME MÉDICO TRATANTE



NOMBRE PACIENTE

RUT

PESO

TALLA

IMC

Peso / talla / IMC solo es requerido en caso de Cirugía Bariátrica.

DIAGNÓSTICO

FECHA PRIMERA ATENCIÓN

DETALLAR

*Antecedentes y fechas determinantes que hayan dado lugar a la causa directa de la enfermedad.
Tipo de tratamiento realizado y desde qué fecha.*

OBSERVACIONES DEL MÉDICO

NOMBRE DEL MÉDICO

RUT

FECHA

TELÉFONO

FIRMA

Este documento debe ser llenado de puño y letra en una copia impresa, con firma y timbre del médico tratante.