

INFORME MEDICO TRATANTE

Nombre Paciente:
Rut:
Fecha Nacimiento:
Diagnóstico
<i>Detallar antecedentes y fechas determinantes que hayan dado lugar a la causa directa de la enfermedad.</i>
<i>Tipo de tratamiento realizado y desde qué fecha</i>
<i>Fecha en que se le diagnóstico por primera vez:</i>
<i>Pronóstico:</i>
<i>Observaciones del Médico:</i>
<i>Nombre del Médico:</i> _____
Fecha: _____ Teléfono: _____ Firma: