

INFORME MEDICO TRATANTE

Estimado doctor:

En virtud de la solicitud de pago del beneficio presentado por el asegurado, Sr(a).
....., R.U.T....., solicitamos a Usted, responder el siguiente cuestionario, en base a la ficha clínica del paciente.

Gracias.

1. Enfermedad principal actual y otras agregadas.

2. Por favor indicar, de acuerdo a análisis médicos que usted posee, el padecimiento del paciente se debe a: 1. Enfermedad degenerativa (sobreuso o desgaste del cuerpo); 2. Trauma (indicar fecha y lugar). Indicar solo una de estas dos opciones.

3. Indicar por favor la fecha del primer diagnóstico.

4. Por favor describir signos y síntomas que presenta su paciente a la fecha.

5. Detallar métodos de diagnóstico empleados (exámenes de laboratorio, radiológicos, etc.)

6. Describa el tratamiento indicado y duración de este.

Nombre del médico: _____

RUT del médico: _____

Especialidad del médico: _____

Inscripción N° Colegio: _____

Fecha de informe: _____

FIRMA Y TIMBRE DEL MEDICO