**Informe de Médico Tratante**

|  |
| --- |
| **Nombre paciente:** |
| **RUT:** |
| **Fecha de nacimiento:** |
| **Diagnóstico Preciso y Legible:** |
| Detallar antecedentes y fechas determinadas que hayan dado lugar a la causa directa de la enfermedad |
| Tipo de tratamiento realizado y desde qué fecha |
| Fecha en que se le diagnóstico por primera vez |
| Pronóstico |
| Observaciones del médico |
| Nombre del médico |
| **Datos del médico**  Firma : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  RUT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |