Informe del
Médico Tratante

ZURICH

Datos de su paciente

Nombre Completo	Rut:

Se ruega al médico completar detalladamente con las fechas y aclaraciones correspondientes.

Es Ud. el médico que controla al paciente en forma

☐ Habitual desde: ☐ Ocasional ☐ Primera consulta

Favor indicar

Estatura	Peso	Presión arterial	En tratamiento por Presión Arterial	Fecha
		/	☐ Sí ☐ No	/ /

¿Fuma?	Consumo diario	¿Dejó de fumar?	Consumía a diario
☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	

¿Cuál fue el motivo de las consultas? Favor consignar diagnóstico médico, fecha y detallar causa y duración de las enfermedades.

Examen	Resultado		Detalle hallazgo clínico	Fecha
Análisis de Orina	☐ Normal	☐ Alterado		/ /
Análisis de Sangre	☐ Normal	☐ Alterado		/ /
E.C.G. Reposo	☐ Normal	☐ Alterado		/ /
E.C.G. Esfuerzo	☐ Normal	☐ Alterado		/ /
Endoscopia	☐ Normal	☐ Alterado		/ /
Ecocardiograma	☐ Normal	☐ Alterado		/ /
R.N.M. o T.A.C.	☐ Normal	☐ Alterado		/ /
Biopsia	☐ Normal	☐ Alterado		/ /
Otros	☐ Normal	☐ Alterado		/ /

Estado actual de la enfermedad

a) ¿Está actualmente en tratamiento?	
☐ Sí ☐ No	Especifique cuál y por cuánto tiempo:

b) ¿Fue dado de alta?

☐ Sí ☐ No Fecha: / /

Especifique cuál y por cuánto tiempo

c) ¿Fue sometido a intervención quirúrgica?

☐ Sí ☐ No Motivo:

¿Ha sido Hospitalizado?

☐ Sí ☐ No

¿Tiene prevista alguna hospitalización?

☐ Sí ☐ No Fecha: / /

Por favor, proporcione detalles:

¿Considera Ud. que el paciente está bajo control médico regular?

☐ Sí ☐ No

¿Tiene alguna limitación funcional?

☐ Sí ☐ No

¿Cuál es el pronóstico y evolución de la enfermedad?

☐ Sí ☐ No

¿Es probable la existencia de una discapacidad física o psíquica?

☐ Sí ☐ No

Informe del
Médico Tratante

ZURICH

¿Tiene alguna limitación funcional?			
☐	Sí	☐	No

¿Cuál es el pronóstico y evolución de la enfermedad?

¿Es probable la existencia de una discapacidad física o psíquica?			
☐	Sí	☐	No

Proporcione otros antecedentes mórbidos relevantes actuales y remotos

Antecedentes del Médico Tratante

Nombre del Médico	R.U.T.	RCM.
Especialidad	**Teléfono consulta**	

Firma y Timbre Médico

/ /

Día Mes Año