INFORME MÉDICO TRATANTE

Bupa Seguros

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.