

Informe Médico Tratante

Estimado doctor, para permitir a nuestro paciente aprovechar los beneficios de su seguro, solicitamos completar los siguientes antecedentes.

IDENTIFICACIÓN MÉDICO TRATANTE

NOMBRE MÉDICO

RUT MÉDICO

ESPECIALIDAD

TELÉFONO

DECLARACIÓN MÉDICA / IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

EDAD

FECHA PRIMERA CONSULTA

DIAGNÓSTICO

CAUSA DE LA ENFERMEDAD

FECHA DE DIAGNÓSTICO

¿ES USTED SU MÉDICO HABITUAL? ¿DESDE CUÁNDO?

PACIENTE DERIVADO POR

TRATAMIENTO INDICADO (terapias, exámenes, medicamentos, interconsultas, etc)

PATOLOGÍAS ANTERIORES

EXÁMENES REALIZADOS

RESULTADO EXÁMENES REALIZADOS

SI

☐

NO

☐

PATOLOGÍA REQUIRIÓ DE HOSPITALIZACIÓN

PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

TRATAMIENTOS PENDIENTES

MEDICAMENTOS DE USO HABITUAL DE PACIENTE

FECHA DE DECLARACIÓN MÉDICA

FIRMA Y TIMBRE DE MÉDICO

USO SERVICIO AL CLIENTE PENTA VIDA		USO DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS DE SINIESTROS
FECHA DE RECEPCIÓN	NÚMERO DE DECLARACIÓN	TIMBRE DE RECEPCIÓN