

INFORME MEDICO PARA EXAMENES ESPECIALES, MATERIAL MEDICO, HEMODIALISIS Y OTROS – PARA PACIENTES SIS

Nombre del Paciente: _____

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Fecha de Ingreso: ____/____/____ Numero de Contrato o Afiliación: _____

Servicio por donde Ingresa: _____ Servicio Actual: _____

1. ANAMNESIS:

2. EXAMEN FÍSICO:

3. EXÁMENES AUXILIARES REALIZADOS:

4. ÚLTIMA EVOLUCIÓN

5. DIAGNÓSTICOS (Codificados CIE10)

(Definitivo, Confirmado o Presuntivo, no se debe considerar como diagnóstico un Síndrome)

6. TRATAMIENTO RECIBIDO (Indicar Dosis y Frecuencia)

7. PRONÓSTICO SEGÚN EVOLUCIÓN CLÍNICA

8. EXÁMEN ESPECIAL, MATERIAL MÉDICO, HEMODIÁLISIS U OTRO SOLICITADO

9. SUSTENTO DEL EXÁMEN ESPECIAL, MATERIAL MEDICO, HEMODIÁLISIS U OTRO SOLICITADO
(Indicar el Problema de Salud a Solucionar)

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO RESPONSABLE