

SECCION C:

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

3

3.1 Nombre del paciente _____ Edad _____ Sexo _____

3.2 Diagnóstico Completo

3.3 Fecha de los primeros síntomas _____

3.4 Fecha del Diagnóstico _____

3.5 En caso de cirugía, describa el procedimientos completo

3.6 Detalle fecha de atención al paciente _____

¿Ordenó Hospitalización? Fecha de ingreso _____ Fecha de egreso _____

¿Atención Ambulatoria? _____ Valor de cada consulta _____ Fechas de cada consulta _____

3.7 Ordenó interconsulta con otros profesionales SI NO

3.8 Observaciones

FECHA _____ NOMBRE DEL MEDICO _____ FIRMA Y SELLO DEL MEDICO _____