

FICHA MÉDICO TRATANTE/ESPECIALISTA
(Según RE 1194 16-06-2020)

(Esta ficha se debe completar a mano y firmada incluyendo timbre del profesional que lo emite)

Nombre del paciente: _____
RUT paciente: _____
Fecha atención del paciente: _____

(*) Se debe presentar este documento en original.

1. Diagnósticos:

2. Tiempo desde el diagnóstico:

3. Resultado de exámenes asociados al diagnóstico _____

4. Riesgo de perder el conocimiento en forma brusca: bajo ☐ alto ☐

5. Capacidad para realizar los movimientos voluntarios del manejo: si ☐ no ☐

6. Somnolencia diaria por enfermedad o tratamiento: si ☐ no ☐

7. **Ud. Considera al paciente apto para conducir:** si ☐ no ☐

8. Tratamiento:

Medicamentos: _____

Otro: _____

Tiempo con ese esquema de tratamiento:

Adherencia al tratamiento: si ☐ no ☐

Reacciones adversas que ha presentado con ese medicamento: si ☐ no ☐
¿Cuáles? _____

9. Evolución satisfactoria de la enfermedad: si ☐ no ☐

10. Control regular si ☐ no ☐

11. Daño a órganos blanco si ☐ no ☐

12. ¿En cuánto tiempo requiere una reevaluación por usted?

Firma, Nombre, Rut y Timbre LEGIBLE del Médico Tratante