

DECLARACIÓN AMPLIATORIA DE MÉDICO TRATANTE

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre del médico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

INFORME DETALLADO DE EVOLUCIÓN DE ENFERMEDAD

Fecha de los primeros síntomas: _____

Fecha de diagnóstico: _____

Manejo Terapéutico: _____

Evolución: _____

Enfermedades Concomitantes: _____

Pronóstico: _____

Estado Actual y Manejo: _____

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS / DETALLAR FECHAS

Imágenes

1. _____
2. _____
3. _____

Resultados

1. _____
2. _____
3. _____

Laboratorios

1. _____
2. _____
3. _____

Resultados

1. _____
2. _____
3. _____

PRONÓSTICO

Malo Reservado Bueno Excelente

¿Cuánto hace que conoce al paciente? _____

Parentesco con el paciente _____

Firma y sello del médico: _____ Fecha: _____