

Informe Médico Tratante

Nombre del Paciente:

Rut:

Solicitud:

Póliza:

Favor de consignar **todas** las preguntas:

Diagnóstico efectuado: _____

Fecha de primer diagnóstico de Obesidad (precisar día, mes y año): _____

Método de diagnóstico: _____

Indicar mes y año en que comienza a subir de peso: _____

Se trató con fármacos: Sí _____ No _____ Por cuánto tiempo: _____

Peso: _____ **Talla:** _____ **IMC:** _____

Tratamiento indicado o realizado:

Tiene alguna patología asociada al diagnóstico principal. (Indique patología y fecha de diagnóstico): _____

El paciente consultó anteriormente, con otro profesional, por patología relacionada a la que se está tratando ahora: Sí ___ No ___ Fecha: _____

Indique nombre y especialidad del médico que lo derivó: _____

Nombre del Médico:

Inscripción número colegio:

Teléfono:

Fecha del Informe:

Firma: