

EVALUACIÓN DE TRATAMIENTO
DATOS DEL PACIENTE:

RUT	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	PESO	TALLA

Diagnóstico: _____

Fecha Diagnóstico: _____

Exámenes realizados que fundamenten el diagnóstico: _____

Detalle tratamiento y/o medicamentos: _____

(Adjunte resultados de los exámenes relacionados con el diagnóstico)

Periodo del Tratamiento: _____ Indique cantidad de meses (6 meses, máximo)

Breve historia Clínica: _____

Fecha de Atención: ____ / ____ / ____

IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

RUT	NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
ESPECIALIDAD		FIRMA Y TIMBRE MÉDICO	

NOTA: Dejamos constancia que los documentos presentados serán entregados a la Contraloría SERMECOOP para evaluación y la entrega del beneficio está sujeta a la resolución.