

Sección para ser llenada por el médico tratante (2)

Fecha de Atención al Paciente: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Requirió estudios para corroborar el diagnóstico: SI () NO ()

¿Cuáles?: _____

Nombre del Médico Tratante: _____

Especialidad: _____

No. de Cédula: _____

Teléfono de contacto del Médico Tratante: _____

En caso de tratamiento quirúrgico señale si requirió:

Anestesiólogo () Ayudante () 2° Ayudante ()

Firma del Médico Tratante:

Sección para ser llenada por el médico tratante (3)

Fecha de Atención al Paciente: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Requirió estudios para corroborar el diagnóstico: SI () NO ()

¿Cuáles?: _____

Nombre del Médico Tratante: _____

Especialidad: _____

No. de Cédula: _____

Teléfono de contacto del Médico Tratante: _____

En caso de tratamiento quirúrgico señale si requirió:

Anestesiólogo () Ayudante () 2° Ayudante ()

Firma del Médico Tratante: