

INFORME MEDICO

(Se solicita escribir con letra imprenta, legible y llenar todos los campos)

1. Nombre trabajador(a): _____
RUT: _____

2. Diagnóstico (s) y fechas respectivas en las cuales se realizaron:

- _____ Fecha: _____
- _____ Fecha: _____
- _____ Fecha: _____
- _____ Fecha: _____
- _____ Fecha: _____

3. Breve historia con fundamentos clínicos y/o de laboratorio y/o de imagenología en que se basa el diagnóstico:

4. Evolución, tratamientos médicos y/o quirúrgicos efectuados (fecha de operación, si procede), resultados obtenidos:

5. Indicar pronóstico de la enfermedad desde el punto de vista laboral y fecha probable de alta:

- Es recuperable laboralmente (en relación al trabajo que realizaba previo al uso de la licencia médica): _____ Sí _____ No
- En caso de marcar **Si** en cuanto tiempo estima que el paciente puede volver a trabajar: _____
- En caso de marcar **NO**, ¿debe iniciar trámite de invalidez?: _____ Sí _____ No

6. Conclusión u otros comentarios:

7. Datos del médico tratante:

Nombre:

Especialidad:

Correo electrónico:

Teléfono:

Dirección de la consulta o Institución a la cual pertenece:

Firma y timbre de médico tratante