

Estimado Doctor :

Con el objeto de facilitar la evaluación de los gastos de su paciente , quién tiene un **Seguro Complementario de Salud** en nuestra Compañía ,agradecé completar los siguientes antecedentes :

**Antecedentes Particulares**

Nombre del Paciente : \_\_\_\_\_

RUT : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Antecedentes Patológicos**

Fecha primeros síntomas : \_\_\_\_\_ Fecha 1º Diagnóstico : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Actual : \_\_\_\_\_

Describir Fundamento del diagnóstico \_\_\_\_\_

**Antecedentes Clínicos :**

Resumen Historia Clínica : \_\_\_\_\_

Describir Exámenes realizados : \_\_\_\_\_

Describir Tratamientos efectuados : \_\_\_\_\_

Pronósticos y plazo de recuperación : \_\_\_\_\_

**Antecedentes del Profesional :**

Nombre del Médico \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_ Fono \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_ I.M.C. \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_