

RUT \_\_\_\_\_

**ANEXO 4:**

**FICHA Médico TRATANTE/ESPECIALISTA**

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

1. Diagnósticos:

2. Tiempo desde el diagnóstico

3. Resultado de exámenes asociados al diagnóstico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Riesgo de perder el conocimiento en forma brusca: bajo  alto

5. Capacidad para realizar los movimientos voluntarios del manejo: si  no

6. Somnolencia diaria por enfermedad o tratamiento: si  no

7. Tratamiento:

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Tiempo con ese esquema de tratamiento:

Adherencia al tratamiento: si  no

Reacciones adversas que ha presentado con ese medicamento: si  no

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

8. Evolución satisfactoria de la enfermedad: si  no

9. Control regular si  no

10. Daño a órganos blanco si  no

11. ¿En cuánto tiempo requiere una reevaluación por usted?

\_\_\_\_\_  
Firma y timbre médico tratante

*Según Decreto 170 y su instructivo técnico de gestión para el médico gabinete psicotécnico debe mencionar en este documento toda patología aguda y crónica, médica o quirúrgica, así, como indicar tratamiento farmacológico con su dosificación. GRACIAS.*

*OBS: \_\_\_\_\_*