

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: _____