

Nº FOLIO:

## INFORME MEDICO POR INVALIDEZ

### 1. IDENTIFICACION DEL ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO:  RUT:

### 2. IDENTIFICACION DEL MEDICO TRATANTE

NOMBRE COMPLETO:  RUT:

ESPECIALIDAD:  REGISTRO COLEGIO MEDICO:

TELEFONO FIJO:  TELEFONO CELULAR:

CORREO ELECTRONICO:

LUGAR DE ATENCION (HOSPITAL – CLINICA – CENTRO MEDICO):

DIRECCION: CALLE:  N°:  COMUNA:  REGION:

3. FECHA DESDE QUE USTED TRATA A NUESTRO ASEGURADO

### 4. CONFIGURACION DE LA INVALIDEZ

PATOLOGIAS INVALIDANTES	FECHA DE DIAGNOSTICO	FECHA INICIO ENFERMEDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

BREVE HISTORIA Y FUNDAMENTOS CLINICOS, DE LABORATORIO O DE IMAGENOLOGIA, EN QUE SE BASAN LOS DIAGNOSTICOS:

---

---

---

EVOLUCION DE LAS PATOLOGIAS INVALIDANTES (POR FAVOR REFERIRSE A ADHERENCIA, FALTA DE RESPUESTA Y ACCESO AL TRATAMIENTO):

---

---

---

IMPEDIMENTOS CONFIGURADOS:

---

---

---

TRATAMIENTOS MEDICOS O QUIRURGICOS, EFECTUADOS O PENDIENTES (INDICAR FECHAS):

---

---

---

INDICAR SI LAS ENFERMEDADES SON RECUPERABLES, EN CASO DE NO ALCANZAR INVALIDEZ:

---

---

---

FECHA DEL INFORME

NOMBRE MEDICO:

FIRMA