

FORMULARIO DE SOLICITUD DE TEC AMBULATORIO

Fecha: ____/____/____

Nombre: _____ Edad: _____

Rut: _____ Fecha nacimiento: ____/____/____ Teléfono: _____

Dirección: _____/_____/_____/_____
Calle Número Comuna Ciudad

Isapre: _____ Apoderado: _____ Teléfono: _____

DESCRIPCIÓN EXÁMENES ALTERADOS

OTROS ANTECEDENTES MÉDICOS O QUIRÚRGICOS (Describir si existen contradicciones relativas para TEC)

MEDICACIÓN ACTUAL (Fármacos y horarios)

N° de sesiones asignadas _____

Se ha realizado sesiones de TEC previas _____ NO _____ SÍ Peso: _____ Talla: _____

Diagnóstico: _____

Datos médico derivador:

DECLARACIÓN: Yo, _____
RUT: _____, en calidad de médico tratante del paciente, aseguro la veracidad de toda la información en este formulario, en lo que respecta a los diagnósticos de ingreso y causas de hospitalización del paciente en cuestión.

Firma y timbre

Teléfono: _____

E-Mail: _____



NOTA: Para dar inicio a la gestión del paciente deben completarse todos los campos requeridos en el formulario.