

# 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 QUIRURGICOS (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.