



FORMULARIO DE SOLICITUD DE TEC AMBULATORIO

PÁGINA 1

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

FECHA SOLICITUD:

NOMBRES

APELLIDOS

EDAD

RUT

FECHA DE NACIMIENTO

TELÉFONO

DIRECCIÓN

Calle

Número

Comuna

Ciudad

ISAPRE

APODERADO

TELÉFONO

DESCRIPCIÓN EXÁMENES ALTERADOS

OTROS ANTECEDENTES MÉDICOS O QUIRÚRGICOS

(Describir si existen contraindicaciones relativas para TEC)

Número de sesiones asignadas

¿Se ha realizado sesiones de TEC previas?

NO

SÍ

Peso:

Talla:



FORMULARIO DE SOLICITUD DE TEC AMBULATORIO

PÁGINA 2

DIAGNÓSTICO:

Datos Médico Derivador:

DECLARACIÓN: YO,

EN CALIDAD DE MÉDICO TRATANTE DEL PACIENTE

ASEGURO LA VERACIDAD DE TODA LA INFORMACIÓN VERTIDA EN ESTE FORMULARIO, EN LO QUE RESPECTA A DIAGNÓSTICOS DE INGRESO Y CAUSAS DE HOSPITALIACIÓN DEL PACIENTE EN CUESTIÓN

TELEFONO:

E-MAIL:

.....

FIRMA Y TIMBRE: