



**Sección para ser llenada por el médico tratante ( 2 )**

Fecha de Atención al Paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Requirió estudios para corroborar el diagnóstico: SI ( ) NO ( )

¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

No. de Cédula: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Médico Tratante:

**Sección para ser llenada por el médico tratante ( 3 )**

Fecha de Atención al Paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Requirió estudios para corroborar el diagnóstico: SI ( ) NO ( )

¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

No. de Cédula: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto del Médico Tratante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Médico Tratante: