



♥ INFORMACIÓN PARA LLENAR POR EL COLEGIADO (A)

DD | MM | AAAA

Nombre del colegiado(a)

N° de identificación

Edad

♥ INFORMACIÓN PARA LLENAR POR EL MÉDICO

Motivo de la atención médica

Diagnóstico

Envío de exámenes de laboratorio y gabinete

Tratamiento: (indique fuerza, dosis, duración)

Indicar si existe relación de éste diagnóstico con otras enfermedades del colegiado(a)

Sí No

Detalle

Indique el procedimiento, cirugía o tratamiento aplicado al colegiado(a)

♥ ¿POSEE ALGÚN GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD CON EL COLEGIADO?

Sí No Indique

Fecha de atención

DD | MM | AAAA

Código médico

Nombre del médico (general/especialista)

Firma y sello