



Código	5504-S-AT-FO-COM
Versión	1

Fecha: ____/____/____

Informe médico

**El siguiente formulario deberá ser completado por su médico/a tratante.

Nombre de la persona que solicita:.....

C.I.....

Diagnóstico:.....

.....

Tratamiento:.....

.....

Pronóstico:.....

.....

Firma y sello médico/a tratante

.....

Nombre de la Institución.....