Municipalidad de Collipulli
Dpto. de Tránsito y Transporte Publico

ANEXO 4:
FICHA Médico TRATANTE/ESPECIALISTA

Nombre del Paciente: _____

1. Diagnósticos:
2. Tiempo desde el diagnóstico
3. Resultado de exámenes asociados al diagnóstico _____
4. Riesgo de perder el conocimiento en forma brusca: bajo ☐ alto ☐
5. Capacidad para realizar los movimientos voluntarios del manejo: si ☐ no ☐
6. Somnolencia diaria por enfermedad o tratamiento: si ☐ no ☐
7. Tratamiento:

   Medicamentos: _____

   Otro: _____

   Tiempo con ese esquema de tratamiento:

   Adherencia al tratamiento: si ☐ no ☐

   Reacciones adversas que ha presentado con ese medicamento: si ☐ no ☐
   ¿Cuáles? _____
8. Evolución satisfactoria de la enfermedad: si ☐ no ☐
9. Control regular si ☐ no ☐
10. Daño a órganos blanco si ☐ no ☐
11. ¿En cuánto tiempo requiere una reevaluación por usted?

_____

Firma y timbre médico tratante