



\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_  
Lic. Méd. N° \_\_\_\_\_  
Otro trámite \_\_\_\_\_

**INFORME COMPLEMENTARIO DE MEDICO TRATANTE**

Dr.(a) : \_\_\_\_\_  
En virtud de la normativa vigente, respecto de la afección de su paciente por la cual efectúa un trámite y/o de la(s) licencia(s) médica(s) que cursa, esta COMPIN Regional requiere de Ud. , el Informe Complementario siguiente.  
Atte.  
**COMPIN REGION DE O'HIGGINS**

(sírvese escribir con letra clara y legible)

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_ RUN : \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO(S): \_\_\_\_\_

1. Breve historia, fundamentos clínicos y/o de laboratorio y/o de imagenología en que se basa el diagnóstico, (precisar si la enfermedad o lesión es o no de origen laboral):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOTA: si requiere más espacio, continuar al reverso

2. Evolución, tratamientos médicos y/o quirúrgicos efectuados (fecha de operación, si procede), resultados obtenidos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Pronóstico: indicar si la patología desde el punto de vista laboral ¿es recuperable?

SI \_\_\_\_\_, fecha probable de alta (reintegro laboral): \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_, debe iniciar trámite de invalidez a contar de: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre, especialidad, firma y timbre de médico tratante.  
Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha del informe: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOTA: La entrega oportuna de este informe permitirá mejor resolver sobre la situación que afecta a su paciente. Se agradece su colaboración.