**FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME:** \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE** |

**Nombre :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Rut :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de consulta:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **2. LICENCIA QUE JUSTIFICA EL INFORME** |

**FOLIO LM:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **3. MOTIVO DE CONSULTA, ANAMNESIS Y ANTECEDENTES CLÍNICOS RELEVANTES** |

1. **MOTIVO DE CONSULTA:**

|  |
| --- |
|  |

1. **DESCRIPCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO:**

|  |
| --- |
|  |

1. **FACTORES GATILLANTES, ESTRESORES PERSONALES Y AMBIENTALES:**

|  |
| --- |
|  |

1. **DERIVADO POR MÉDICO TRATANTE, DESCRIPCIÓN TRATAMIENTO PREVIO:**

|  |
| --- |
|  |

1. **PACIENTE EN LISTA DE ESPERA:**

**☐SI ☐NO**

Si la respuesta es Si, Indicar cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS EN DIAGNÓSTICO REALIZADO**

|  |
| --- |
|  |

1. **EXAMEN SALUD MENTAL (SI CORRESPONDE SEGÚN DIAGNÓSTICO)** Describir apariencia y conducta, estado de conciencia, psicomotricidad, estructura y contenido del pensamiento, lenguaje, ánimo y afectividad, sensopercepción, juicio y conciencia, funciones cognitivas, otros.

|  |
| --- |
|  |

1. **ESTADO FUNCIONAL DEL PACIENTE** (Describir grado de compromiso funcional en la primera consulta, durante la evolución del cuadro clínico y a la fecha de otorgamiento de la licencia médica).

|  |
| --- |
|  |

1. **SOLICITUD Y/O RESULTADOS DE EXAMENES** (imagenológicos, laboratorio, otros.) Señalar qué exámenes fueron solicitados, describir los resultados que aporten a la justificación del reposo médico otorgado en la LM.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **4. DIAGNÓSTICO** |

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO:**

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

**DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS (APLICA SOLO A DIAGNÓSTICOS DE SALUD MENTAL):**

* **Eje I:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Eje II:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Eje III:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Eje IV:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Eje V:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **5. PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO** |

1. **INDICACIONES GENERALES**:

|  |
| --- |
|  |

1. **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:**
* Nombre genérico y dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ajustes realizados:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Adherencia al medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. **TERAPIAS REQUERIDAS:**

☐ Psicoterapia
☐ Kinesiterapia
☐ Fisioterapia

☐ Terapia Ocupacional

☐ Terapia de Fonoaudiología
☐ Otro tipo de terapia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **✓ INDICACIÓN DE CIRUGÍA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**✓ INDICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

✓ **DERIVACIÓN A ESPECIALIDAD:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**✓ DERIVACIÓN A GES:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **CUADRO ES DE ORIGEN LABORAL (Marcar)**

☐SI ☐NO

1. **REINTEGRO**
* Fecha probable de reintegro laboral: **\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**
* Justificación si no se ha cumplido la fecha previamente estimada:

|  |
| --- |
|  |

1. **FECHA PROBABLE DEL ALTA MEDICA \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**
2. **RECUPERABILIDAD**
* Recuperabilidad laboral

☐ SI ☐ NO

* Trámite Pensión Invalidez (TPI) **previo** (responder sólo si marca **NO** en la respuesta anterior)

☐ SI ☐ NO

* Debe Iniciar Trámite De Pensión De Invalidez (Marcar)

☐SI ☐NO

|  |
| --- |
| **6. CUMPLIMIENTO NORMATIVO Y LEY 20.585** |

*Este informe ha sido elaborado en cumplimiento de los* ***artículos 21 y 49 del Decreto 3*** *y en conformidad con la* ***Ley N° 20.585****, garantizando la veracidad de los antecedentes clínicos y su alineación con las normativas vigentes para la fiscalización de licencias médicas.*

***Implicancias de la Ley N° 20.585:***

* ***Fiscalización:*** *El profesional médico puede ser requerido por las autoridades para proporcionar información adicional o asistir a entrevistas sobre la licencia médica otorgada. En caso de irregularidades, la ley establece sanciones que incluyen multas y suspensiones temporales de la facultad para emitir licencias médicas.*
* ***Protección del paciente:*** *La normativa garantiza que las licencias médicas sean otorgadas correctamente, evitando abusos o fraudes en el sistema.*

|  |
| --- |
| **7. CUMPLIMIENTO NORMATIVO Y LEY 20.585** |

**a. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE**

✓ **Nombre completo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ✓ **Rut:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

✓ **Especialidad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

✓ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

✓ **N° de registro en colegio médico (si aplica):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL**