**Formato Informe Médico para justificar emisión de Licencias Médicas**

|  |
| --- |
| **INFORME MEDICO COMPLEMENTARIO**  |
| **FECHA:** |
| 1. **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**
 |
| **NOMBRE** |
| **RUT** |
| **EDAD** |
| **OCUPACIÓN** |
| 1. **LICENCIAS QUE JUSTIFICA EN EL INFORME**
 |
| N° N°N°  |
| 1. **MOTIVO DE CONSULTA, ANAMNESIS Y ANTECEDENTES CLÍNICOS RELEVANTES**
 |
| Motivo de consulta, descripción del cuadro clínico, factores estresores en caso de patología de salud mental. Si viene derivado por otro tratante y con tratamiento previo, debe señalar tipo de tratamiento indicado previamente y tiempo de mantención de este. |
| 1. **EXAMEN MENTAL Y/O FÍSICO**
 |
| Apariencia y conducta, estado de conciencia, psicomotricidad, estructura y contenido delpensamiento, lenguaje, ánimo y afectividad, sensopercepción, juicio y conciencia, funciones cognitivas, etc., en caso de patologías de salud mental.Descripción de hallazgos encontrados en el examen físico general y segmentario para patología de salud física.  |
| 1. **ESTADO FUNCIONAL DEL PACIENTE**
 |
| Debe describir grado de compromiso funcional en la primera consulta, durante la evolución delcuadro clínico y al momento de la emisión del informe. |
| 1. **TRATAMIENTO REALIZADO**
 |
| Mencionar el tratamiento realizado previamente indicado tipo de tratamiento, los ajustes realizados y la adherencia al tratamiento por parte del paciente.  |
| 1. **DIAGNÓSTICOS**
 |
| Se debe describir todos los diagnósticos presentes y en caso de licencias médicas de salud mental, utilizar eje multiaxial. |
| 1. **OTROS ANTECEDENTES RELEVANTES \***
 |
| **ES PATOLOGÍA GES** (Marcar con una cruz) | **SI** | **NO** |
| **LA LICENCIA ES EMITIDA A TRAVÉS DE GES** (Marcar con una cruz) | **SI** | **NO** |
| **SOSPECHA DE ORIGEN LABORAL** (Marcar con una cruz) | **SI** | **NO** |
| **RECUPERABILIDAD LABORAL** (Marcar con una cruz) | **SI** | **NO** |
| **DEBE INICIAR TRÁMITE DE PENSIÓN DE INVALIDEZ (TPI)** (Marcar con una cruz) | **SI** | **NO** |
| 1. **PLAN DE MANEJO**
 |
| Debe señalar aspectos generales del plan de manejo:* Fundamentar motivos y objetivos de manejo planteado (farmacológico, psicoterapéutico, terapia ocupacional, kinesioterapia, cirugía, hospitalización, internación, etc.)
* Debe indicar claramente el rol terapéutico del reposo.
 |
| 1. **FECHA PROBABLE DE ALTA**
 |
| Se debe indicar la fecha probable de alta, y en caso de que se haya planteado previamente una fecha de reintegro y esta no se haya cumplido, el tratante deberá justificar las razones de por qué no se ha cumplido. |
| 1. **TRATAMIENTO E INDICACIONES**
 |
| Debe señalar:* Reposo si corresponde.
* Nombre genérico del fármaco (no el nombre de fantasía), dosis, frecuencia (Debe señalar claramente si se trata de ajuste de terapia)
* Necesidad de otro tipo de terapia (terapia psicológica, kinesioterapia, terapia ocupacional, cirugía, hospitalización, etc.)
* Necesidad de derivación a la especialidad
* Necesidad de hospitalización
 |
| 1. **IDENTIFICACIÓN DEL TRATANTE**
 |
| **NOMBRE** |
| **RUT** | **ESPECIALIDAD** |
| **CORREO ELECTRÓNICO** |
| **FIRMA** |

\* Omitir en caso de Licencias otorgadas por enfermedad grave de niño(a) de 1 año