**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 del  pensamiento, 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 del  cuadro 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