

**ANEXO N°4
INFORME MÉDICO COMPLEMENTARIO. LICENCIAS MÉDICAS POR DIAGNÓSTICO DE
FIBROMIALGIA**

INFORME MÉDICO COMPLEMENTARIO	
FECHA:	
I. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
NOMBRE	
RUT	
EDAD	
OCUPACIÓN	
II. LICENCIAS QUE JUSTIFICA EN EL INFORME	
N° N° N°	
III. 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.	
IV. 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.	
V. ESTADO FUNCIONAL DEL PACIENTE Debe describir el grado de compromiso funcional en la primera consulta, durante la evolución del cuadro clínico y al momento de la emisión del informe.	

<p>VI. TRATAMIENTO REALIZADO Mencionar el tratamiento realizado previamente indicado tipo de tratamiento, los ajustes realizados y la adherencia al tratamiento por parte del paciente</p>															
<p>VII. DIAGNÓSTICOS Se debe describir todos los diagnósticos presentes y en caso de licencias médicas de salud mental, utilizar eje multiaxial</p>															
<p>VIII. OTROS ANTECEDENTES RELEVANTES *</p>															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">ES PATOLOGÍA GES (Marcar con una cruz)</td> <td style="width: 50px; text-align: center; padding: 2px;">SI</td> <td style="width: 50px; text-align: center; padding: 2px;">NO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">LA LICENCIA ES EMITIDA A TRAVÉS DE GES (Marcar con una cruz)</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">SI</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">NO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">SOSPECHA DE ORIGEN LABORAL (Marcar con una cruz)</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">SI</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">NO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">RECUPERABILIDAD LABORAL (Marcar con una cruz)</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">SI</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">NO</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">DEBE INICIAR TRÁMITE DE PENSIÓN DE INVALIDEZ (TPI) (Marcar con una cruz)</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">SI</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">NO</td> </tr> </table>	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
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													

<p>IX. PLAN DE MANEJO. Se debe señalar aspectos generales del plan de manejo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fundamentar motivos y objetivos de manejo planteado (farmacológico, psicoterapéutico, terapia ocupacional, kinesioterapia, cirugía, hospitalización, internación, etc.) • Debe indicar claramente el rol terapéutico del reposo. 	
<p>X. 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.</p>	
<p>XI. TRATAMIENTO E INDICACIONES. Debe señalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	
<p>XII. IDENTIFICACIÓN DEL TRATANTE</p>	
NOMBRE	
RUT	
ESPECIALIDAD	
CORREO ELECTRÓNICO	
FIRMA	