



Nombre del hospital: _____	Teléfono del hospital: (____) _____ - _____
Tratamiento hospitalario: _____	
<b>3) Pronóstico y tratamiento:</b>	
a) Pronóstico: _____ _____	
b) Tratamiento: _____ _____	
<b>POR FAVOR ADJUNTE LOS REPORTES (ANÁLISIS DE SANGRE, RADIOGRAFÍAS, ULTRASONIDOS, PATOLOGÍA, Y CUALQUIER OTRO REPORTE.)</b>	
<b>4) Otros comentarios:</b> _____ _____	

#### 4 Información del Médico Tratante

Nombre: _____		
Apellido	Nombre	Inicial
Dirección: _____ _____		
Número de teléfono: (____) _____ - _____	Número de fax: (____) _____ - _____	
Correo electrónico: _____		
Firma del Médico Tratante	Fecha: _____ / _____ / _____ <small>Mes      Día      Año</small>	