# INFORME MÉDICO

## 1. Datos del Médico

Nombre: Dr. [Nombre del Médico]

Número de Colegiatura: [Número de colegiatura del Colegio Médico del Perú]

Especialidad: [Especialidad del médico]

Institución de Salud: [Nombre de la clínica o institución médica, si aplica]

## 2. Datos del Paciente

Nombre: [Nombre completo del paciente]

DNI: [Número de DNI del paciente]

Edad: [Edad del paciente]

Fecha de Consulta: [Fecha de la consulta]

## 3. Motivo de la Consulta

[Descripción breve del motivo por el cual el paciente acude a consulta]

## 4. Diagnóstico

[Descripción clara y específica del diagnóstico del paciente]

## 5. Recomendaciones y Tratamiento

- Tratamiento prescrito: [Detalles del tratamiento, medicamentos o procedimientos recomendados]

- Reposo: Se recomienda reposo por [Número de días] a partir de la fecha de emisión de este informe.

- Restricciones: [Cualquier restricción temporal en actividades físicas u otras recomendaciones especiales]

## 6. Firma y Sello del Médico

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

Firma del Médico

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_