

## INFORME MÉDICO DE ALTA PSIQUIATRICA

El médico que suscribe, certifica que el paciente señor(a) (nombre completo del paciente) \_\_\_\_\_, RUN: (el que corresponda al paciente) \_\_\_\_\_, edad \_\_\_\_\_, ha completado su tratamiento farmacológico y/o psicológico y, desde el punto de vista clínico, se encuentra en condiciones de serle otorgada el alta psiquiátrica y de retomar sus funciones laborales (especificar si corresponde, si puede portar armas, manejar vehículos, realizar guardias y servicios diurnos y nocturnos).

Se extiende el presente certificado a petición del paciente, con la finalidad de ser presentado al oficial de sanidad o ante la Comisión de Sanidad, según corresponda.

Nombre del médico tratante o Psiquiatra: \_\_\_\_\_

RUN: \_\_\_\_\_

Registro del colegio médico de Chile \_\_\_\_\_

Fecha de otorgamiento del informe médico: \_\_\_\_\_

Domicilio de la consulta médica: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_