

# FORMULARIO DE ENVIO DE CASOS CLINICOS

Mutual de Seguridad – Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología

**TITULO:**

**AUTORES:**

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-

**HOSPITAL/CLINICA (si procede):**

**CIUDAD:**

**REGION:**

**TELEFONO:**

**E-MAIL:**

**SECCION:**

- Hombro y codo
- Mano y muñeca
- Pelvis, cadera y muslo
- Columna
- Rodilla
- Tobillo y pie
- Miscelánea

# **FORMULARIO DE ENVIO DE CASOS CLINICOS**

**Mutual de Seguridad – Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología**

**I.- TITULO:**

**II.- CASO CLINICO:**

**a.- Anamnesis:**

**b.- Examen físico:**

**c.- Exámenes complementarios:**

**d.- Diagnóstico:**

**e.- Tratamiento:**

**f.- Evolución:**

**III.- DISCUSION:**

**IV.- BIBLIOGRAFIA:**