

Nota: Favor de anexar copia de la historia clínica para la persona afectada

Nombre del Paciente

Form fields for Apellido Paterno, Apellido Materno, and Nombre(s)

Fecha de la primera consulta

Calendar grid for Date of first consultation

Fecha del accidente

Calendar grid for Date of accident

Describe el cuadro clínico del paciente, haciendo énfasis en síntomas iniciales, evolución y estado actual.

Large text area for clinical description

Diagnóstico de lesión o enfermedad

Form fields for diagnosis

Fecha en que se realizó dicho diagnóstico

Calendar grid for diagnosis date

Hora

Time input field

¿Padece alguna enfermedad asociada o independiente de las antes mencionadas? Diagnóstico y fecha de inicio

Form fields for associated conditions

Se trata de una enfermedad de tipo congénito

Radio buttons for YES/NO

Indique cuántas veces atendió al enfermo y señale las fechas de las mismas

Form fields for treatment frequency

En caso de haber necesitado interconsulta con otras especialidades, especifique el motivo

Form fields for interconsultation

En caso de haber practicado cirugías favor de indicar claramente naturaleza, fecha y lugar de realización, así como nombre de los médicos que participaron.

Form fields for surgical procedures

Considera que el paciente está dado de alta definitivamente SI NO

Refiera si el paciente seguirá con algún tratamiento y de ser así, especifique el tipo y tiempo aproximado

Form fields for treatment continuation

Indique el periodo en que quedó totalmente incapacitado para el desempeño de todas y cada una de las labores propias de su ocupación

Form fields for incapacity period

Form field for Name

Form field for Reg. S.S.A.

Form field for Dirección

Form field for R.F.C.

Form field for Teléfono

Form field for Reg. D.G.P.

Calendar grid for Date

Form field for Firma del Médico

Vertical text on the left edge containing legal notices and company information.