

Este documento deberá ser llenado por el médico tratante con letra de molde y tinta negra.

**Trámite**

Programación de cirugía  Programación de tratamiento médico  Reembolso

**Ficha de identificación**

**Nombre del paciente**

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Año Mes Día Sexo: Masculino  Femenino  Edad \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

**Causa de atención:** Embarazo  Enfermedad  Accidente

**Historia clínica (especificar tiempo de evolución):**

1. Antecedentes personales patológicos: \_\_\_\_\_

2. Antecedentes personales no patológicos: \_\_\_\_\_

3. Antecedentes gineco-obstétricos: \_\_\_\_\_

4. Antecedentes perinatales (si es necesario): \_\_\_\_\_

**Padecimiento actual**

De acuerdo a la historia clínica y a la evolución natural de la enfermedad, favor de indicar la fecha de inicio del padecimiento.

Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Año Mes Día

**Padecimiento:**

\_\_\_\_\_

Código ICD \_\_\_\_\_ Diagnóstico(s) definitivos(s) \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_ Año Mes Día

Código ICD \_\_\_\_\_ Diagnóstico(s) definitivos(s) \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_ Año Mes Día

Código ICD \_\_\_\_\_ Diagnóstico(s) definitivos(s) \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_ Año Mes Día

Código ICD \_\_\_\_\_ Diagnóstico(s) definitivos(s) \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_ Año Mes Día

**Tipo de padecimiento**

Congénito  Adquirido  Agudo  Crónico

¿Se te ha relacionado con algún otro padecimiento? Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

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

**Tratamiento**

_____	_____	Fecha de diagnóstico	____	____	____
CPT4 (solo como referencia)	Descripción del tratamiento		Año	Mes	Día
_____	_____	Fecha de diagnóstico	____	____	____
CPT4 (solo como referencia)	Descripción del tratamiento		Año	Mes	Día
_____	_____	Fecha de diagnóstico	____	____	____
CPT4 (solo como referencia)	Descripción del tratamiento		Año	Mes	Día
_____	_____	Fecha de diagnóstico	____	____	____
CPT4 (solo como referencia)	Descripción del tratamiento		Año	Mes	Día

**Complicaciones:** Sí  No

**Descripción de complicaciones:** \_\_\_\_\_

**Información adicional:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Datos del hospital**

Nombre del hospital \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Número exterior \_\_\_\_\_ Número interior \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Delegación o Municipio \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**Tipo de estancia:** Urgencia  Hospitalaria  Corta estancia / Ambulatoria  Fecha de ingreso \_\_\_\_

Año Mes Día

**Datos del(los) médico(s) que participan en la intervención o como interconsultante(s)**

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_ Tipo de participación \_\_\_\_\_

Cédula profesional \_\_\_\_\_ Cédula de especialidad o certificación \_\_\_\_\_ Presupuesto \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Otro teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

---

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre

---

Especialidad

Tipo de participación

---

Cédula profesional

Cédula de especialidad o certificación

Presupuesto

---

Teléfono

Celular

@

---

Otro teléfono

Correo electrónico

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, asimismo, por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

---

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante