

FECHA DE SOLICITUD

--	--	--

**INFORME MÉDICO**

**DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	No. de Póliza
Edad	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Causa de Reclamación <input type="checkbox"/> Preventivo <input type="checkbox"/> Correctivo (Accidente o Enfermedad)	Solicitud de Exámenes Preventivos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Antecedentes Personales Patológicos

**PADECIMIENTO ACTUAL (En caso de accidente o enfermedad)**

Principales Signos y Síntomas

DÍA MES AÑO  
Fecha de Inicio

Estudios que se recomienda practicar

DÍA MES AÑO  
Fecha de Inicio

Tipo de Padecimiento  Congénito  Adquirido  Agudo  Crónico

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?  SI  NO

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Resultado de exploración física y de los estudios realizados

Estudios que se recomienda practicar

DÍA MES AÑO  
Fecha de Inicio

Observaciones Generales

**DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Teléfono
Especialidad	R.F.C.	Celular	
Cédula de Especialidad ó Certificación	E-mail		
Número de Proveedor			

Nota: 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 he realizado, solicitado bajo mi responsabilidad, asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Tratante