

## Informe Médico

Programación de Cirugía  Tratamiento Médico  Reembolso

**Instrucciones:**

1. Este formato debe ser llenado y firmado por el Médico tratante con letra de molde.
2. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
3. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

| Ficha de Identificación  |   |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
|--|---|----------------------|--|--|-----|-----|-----|--|--|--|
| Apellido Paterno, Materno y Nombre del Paciente  | Edad _____ Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                     |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
|  | No. de Póliza _____ No. de Certificado _____  |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Causas de Atención<br>Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/>   | Referido por otro Médico o Unidad<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuál? _____ |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Historia Clínica (Especificar tiempo de evolución)   |   |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Antecedentes Personales Patológicos  | Antecedentes Personales No Patológicos  |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>   |   |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Antecedentes Gineco-Obstétricos  | Antecedentes Perinatales (Si es necesario)  |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>   |   |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Padecimiento Actual  |   |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Signos y Síntomas  |   |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>   |   |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <th colspan="3">Fecha de Inicio</th> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>  |   | Fecha de Inicio      |  |  | Día | Mes | Año |  |  |  |
| Fecha de Inicio  |   |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Día  | Mes   | Año                  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Tipo de Padecimiento: Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/><br>Con una Evolución de: 1-30 Días <input type="checkbox"/> 1-6 Meses <input type="checkbox"/> Más de 1 Año <input type="checkbox"/> Más de 2 Años <input type="checkbox"/><br>¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ |   |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Resultado de Exploración Física y de los Estudios realizados (Anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)   |   |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Talla  |   |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Peso   |   |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Código CIE-10  | Descripción del Diagnóstico   |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>   |   |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <th colspan="3">Fecha de Diagnóstico</th> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>   |   | Fecha de Diagnóstico |  |  | Día | Mes | Año |  |  |  |
| Fecha de Diagnóstico   |   |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Día  | Mes   | Año                  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|  |   |                      |  |  |     |     |     |  |  |  |

