

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 Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/>	Referido por otro Médico o Unidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuál? _____									
Historia Clínica (Especificar tiempo de evolución)										
Antecedentes Personales Patológicos	Antecedentes Personales No Patológicos									
Antecedentes Gineco-Obstétricos	Antecedentes Perinatales (Si es necesario)									
Padecimiento Actual										
Signos y Síntomas										
<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"/> 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"/> ¿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									
<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								

