



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, rayaduras o enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Datos del asegurado afectado

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	No. de Póliza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	Actividad, Ocupación o Profesión	Género	Edad
Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	<input type="text"/>	F <input type="text"/> M <input type="text"/>	<input type="text"/>

Datos del accidente

Fecha del accidente Día Mes Año Hora (hh:mm)

Fecha 1er. Consulta Día Mes Año

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?

SI NO

¿Cuál? _____

Mecanismo de Lesión

Diagnóstico

Descripción de las Lesiones / Hallazgos

Tratamiento

Descripción de estudios de gabinete y análisis clínicos que confirman el diagnóstico:

Fecha calculada de término del Tratamiento:

Día Mes Año

Anexar interpretación de los estudios de imagenología por radiólogo certificado



Costo del tratamiento completo:

Servicios _____

Nombre del hospital _____

Ciudad _____

Honorarios médicos _____

Tipo de estancia

Urgencia _____ Corta estancia / Ambulatoria _____

Hospitalaria _____

Fecha de ingreso

Día Mes Año

Fecha de egreso

Día Mes Año

Incapacidad

El paciente por su lesión, ¿requiere Incapacidad Temporal o Definitiva?

A partir de que fecha se inicia el periodo de Incapacidad. Día Mes Año

En que fecha se integrará a sus actividades habituales. Día Mes Año

Médico tratante

Nombre completo _____

RFC _____

Cédula profesional _____

Cédula especialidad _____

Teléfono _____

Lugar y Fecha _____

Responsable del paciente

Nombre completo _____

RFC _____

No. de identificación oficial _____

Teléfono _____

Nombre y firma del médico tratante

Nombre y firma del responsable del paciente