

Informe Médico

Ficha Identificación

Apellidos del Paciente	Nombre (s) del Paciente	Edad	Sexo
Causas de Atención		Referido por otro Médico	

Historia Clínica (Importante Especificar el Tiempo de Evolución)

Antecedentes Personales Patológicos	Antecedentes Personales no Patológicos
Antecedentes Gineco-Obstétricos	Antecedentes Perinatales

Padecimiento Actual

Signos y Síntomas	Fecha de Inicio		
	Día	Mes	Año
Código CIE 10	Diagnóstico	Fecha de Inicio	
Tipo de Padecimiento	<input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico		
¿Se ha Relacionado con Algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Estudios de Laboratorio y Gabinete Practicos			

Informe Médico

Tratamiento

Código CPT-4	Tratamiento	Fecha de Inicio		
		Día	Mes	Año

Complicaciones

Incapacidad

Tipo de Incapacidad	Fecha de Inicio			Fecha de Término		
<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Fecha de Inicio de Terapias de Rehabilitación	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Hospitalización

Nombre del Hospital	Fecha de Ingreso			Hora de Ingreso	
		Día	Mes	Año	Hora
Dirección	Fecha de Egreso			Hora de Egreso	
		Día	Mes	Año	Hora

Datos Generales del Médico Tratante

Apellido Paterno, Materno y Nombre					
Especialidad				R.F.C.	
Cedula Profesional					
Teléfono		Celular		E-mail	

Nota: Bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma, fue tomada directamente tanto del paciente asegurado, como del expediente clínico que obra en mi poder.

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 o enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores

Firma del médico tratante

Lugar y Fecha