

Informe Médico

Ficha de Identificación

Apellidos del Paciente	Nombre(s) del Paciente	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Causas de Atención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente		Referido por otro Médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Ocupación			

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 En caso de accidente referir como, cuando y donde sucedieron los hechos.		Fecha de Inicio Día Mes Año
Código CIE 10	Diagnóstico	Fecha de Inicio Día Mes Año
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 practicados		

Tratamiento

Código CTP-4	Tratamiento	Fecha de Inicio Día Mes Año
Complicaciones		

Incapacidad

Tipo de Incapacidad
 Temporal Permanente

Fecha de Inicio
 Día Mes Año

Fecha de Término
 Día Mes Año

Fecha de Inicio de Terapias de Rehabilitación
 Día Mes Año

Hospitalización

Nombre del Hospital

Fecha y Hora de Ingreso
 Día Mes Año

Hora Minutos
 :

Fecha y Hora de Ingreso
 Día Mes Año

Hora Minutos
 :

Datos Generales del Médico Tratante

Apellido Paterno, Materno y Nombre

Especialidad

R.F.C

Cédula 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