



Informe Médico

SINIESTRO:  
SUCURSAL:

INFORMACIÓN GENERAL		
DATOS DEL AFECTADO		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
EDAD:	SEXO:	MASCULINO ( ) FEMENINO ( )
INFORMACIÓN MÉDICA		
CAUSAS DE LA ATENCIÓN MÉDICA		
ATROPELLO ( ) OCUPANTE ( ) CAÍDA DEL PASAJERO ( ) OTRO (ESPECIFIQUE) _____		
TIPO DE ESTANCIA		
URGENCIA ( ) HOSPITALIZACIÓN ( ) CORTA ESTANCIA AMBULANCIA ( ) CONSULTORIO ( )		
TIPO DE AFECTADO		
ASEGURADO ( ) TERCERO ( ) AFECTADO ( )		
DIAGNÓSTICO		
DIAGNÓSTICO(S), INDICANDO LA ZONA AFECTADA Y SI ES UNILATERAL O BILATERAL		
EN CASO DE ACCIDENTE DESCRIBA CÓMO Y CUÁNDO OCURRIÓ		
FECHA DEL ACCIDENTE:	FECHA DE ATENCIÓN DEL MÉDICO TRATANTE:	
FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO:	FECHA DE EGRESO:	
ESTUDIOS DE LABORATORIO O GABINETE QUE REALIZARON PARA CONFIRMAR DIAGNÓSTICO		
TIENE RELACIÓN CON OTRO PADECIMIENTO: SI ( ) NO ( ) CUÁL: _____		
DETALLE LA EVOLUCIÓN		
TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO		
NOMBRE DEL HOSPITAL	ESTANCIA HOSPITALARIA (DÍAS DE ESTANCIA)	
CIRUGÍA REALIZADA:		
HALLAZGO:		
SE PRESENTARON COMPLICACIONES		
PRONÓSTICO DEL PADECIMIENTO		
RECOMENDACIÓN DEL MÉDICO QUE ATIENDE	APROBADO ( )	
	NO APROBADO (COMENTARIOS)	
	USO EXCLUSIVO DE GENERAL DE SEGUROS	

MEDICAMENTOS				
NOMBRE	CANTIDAD	DOSIS	DURACIÓN	ESPECIFIQUE ENFERMEDAD

OTROS TRATAMIENTOS

ESPECIFIQUE TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

DÍAS \_\_\_\_\_ NO. SESIONES: \_\_\_\_\_

SESIONES DE REHABILITACIÓN FÍSICA

DÍAS: \_\_\_\_\_ NO. DE SESIONES: \_\_\_\_\_

SE REQUIERE SERVICIO DE ENFERMERÍA

DÍAS REQUERIDOS: \_\_\_\_\_ HORAS POR DÍA: \_\_\_\_\_ TURNO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES

MÉDICO TRATANTE	
NOMBRE:	_____
RFC:	_____
CÉDULA PROFESIONAL:	_____
CÉDULA DE ESPECIALISTA O NO. DE CONSEJO:	_____
TEL. FIJO: (    )	_____
CELULAR: (    )	_____
DIRECCIÓN:	_____

Nota1 : Se deberá enviar un Informe Médico por cada Médico Tratante que

Nota2: Los Datos del Afectado debe ser tomados del Pase Médico que