

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 ☐ M ☐ F							
Causas de Atención Prevención ☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐ Accidente ☐		No. de Póliza _____ No. de Certificado _____ Referido por otro Médico o Unidad ☐ No ☐ 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									
Fecha de Inicio <table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año							
Tipo de Padecimiento Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico ☐ Con una Evolución de: 1-30 Días ☐ 1-6 Meses ☐ Más de 1 Año ☐ Más de 2 Años ☐ ¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? No ☐ Si ☐ ¿Cuál? _____									
Resultado de Exploración Física y de los Estudios realizados (Anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)									
Talla _____ Peso _____									
Código CIE-10	Descripción del Diagnóstico								
Fecha de Diagnóstico <table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Día	Mes	Año						
Día	Mes	Año							

