

Informe médico

Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.

Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Trámite			
<input type="checkbox"/> Programación de cirugía		<input type="checkbox"/> Programación de tratamiento médico	
		<input type="checkbox"/> Reembolso	
Ficha de identificación			
Nombre del paciente			Fecha de nacimiento
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	día mes año
Género	Edad	Número de Póliza	Causa de atención
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			<input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente
Historia clínica (especificar tiempo de evolución)			
Antecedentes personales patológicos		Antecedentes personales no patológicos	
Antecedentes gineco-obstétricos		Antecedentes perinatales (si es necesario)	
Padecimiento actual			
De acuerdo a la historia clínica y a la evolución natural de la enfermedad, favor de indicar la fecha de inicio del padecimiento			Fecha de inicio
			día mes año
Código ICD	Diagnóstico(s) definitivo(s)		Fecha de diagnóstico
			día mes año
Tipo de padecimiento			
<input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico		¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____	
Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)			

410000 4020875Crimfmed10p-condic_0717VD.innd

