

Informe médico

NOTA: ESTO LO LLENA TU 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 |
| Sexo | Edad | No. de Póliza | Causa de atención | | |
| <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input checked="" 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 o | | | | | 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) | | | | | |
| | | | | | |

| Tratamiento | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------------|--|--|-----|-----|-----|--|--|--|
| CPT4. Sólo como referencia | Descripción del tratamiento | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="float: right;"> <tr> <th colspan="3">Fecha de inicio</th> </tr> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | Fecha de inicio | | | día | mes | año | | | |
| Fecha de inicio | | | | | | | | | | |
| día | mes | año | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Complicaciones | Descripción de complicaciones | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | |
| Información adicional | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| Nombre del hospital | Ciudad | E estado |
|---|--------|-----------------------|
| | | |
| Tipo de estancia | | Fecha de ingreso |
| <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria | | día mes año |

| Datos de el (los) médico(s) que participan en la intervención o como interconsultante(s) | | | | |
|--|--------------------|--|------------------|---------------------------------------|
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) | | Tipo de participación |
| Especialidad | Cédula profesional | Cédula de especialidad o certificación | | Presupuesto |
| Teléfono | Celular | Fax | Radiolocalizador | Correo electrónico (si cuenta con él) |
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) | | Tipo de participación |
| Especialidad | Cédula profesional | Cédula de especialidad o certificación | | Presupuesto |
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) | | Tipo de participación |
| Especialidad | Cédula profesional | Cédula de especialidad o certificación | | Presupuesto |

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que le he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, asimismo, por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante