

INFORME MÉDICO

Programación de Cirugía <input type="checkbox"/> Tratamiento Médico <input type="checkbox"/> Reembolso <input type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F							
		No. de Póliza _____ No. de Certificado _____							
Causas de Atención Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/>		Referido por otro Médico o Unidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Con una Evolución de: 1-30 Días <input type="checkbox"/> 1-6 Meses <input type="checkbox"/> Más de 1 Año <input type="checkbox"/> Más de 2 Años <input type="checkbox"/>									
¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿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							

