

## INFORME MÉDICO

Programación de Cirugía <input type="checkbox"/> Tratamiento Médico <input type="checkbox"/> Reembolso <input type="checkbox"/>		<b>Instrucciones:</b> 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.	
<b>Ficha de Identificación</b>			
Apellido Paterno, Materno y Nombre del Paciente		Edad _____ Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F No. de Póliza _____ No. de Certificado _____	
<b>Causas de Atención</b> Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/>		<b>Referido por otro Médico o Unidad</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuál? _____	
<b>Historia Clínica (Especificar tiempo de evolución)</b>			
<b>Antecedentes Personales Patológicos</b>		<b>Antecedentes Personales No Patológicos</b>	
<b>Antecedentes Gineco-Obstétricos</b>		<b>Antecedentes Perinatales (Si es necesario)</b>	
<b>Padecimiento Actual</b>			
Signos y Síntomas			
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? _____			
<b>Resultado de Exploración Física y de los Estudios realizados (Anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)</b>			
Talla			
Peso			
Código CIE-10	Descripción del Diagnóstico		
Fecha de Diagnóstico Día _____ Mes _____ Año _____			

<b>Código CPT-4</b>		<b>Tratamiento</b>										
<b>Descripción del Tratamiento</b>		<div style="text-align: right;"> <b>Fecha de Inicio</b>  <div> <div>Día</div> <div>Mes</div> <div>Año</div> </div> </div>										
<b>¿Hubo Complicaciones?</b> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		<b>Descripción de Complicaciones:</b>										
<b>Observaciones</b>												
<b>Nombre del Hospital</b>				<b>Tipo de Estancia</b> <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta Estancia/Ambulatoria			<b>Fecha de Ingreso</b> <div> <div>Día</div> <div>Mes</div> <div>Año</div> </div>			<b>Fecha de Egreso</b> <div> <div>Día</div> <div>Mes</div> <div>Año</div> </div>		
<b>Ciudad</b>												
<b>Datos Generales del Médico Tratante</b>												
<b>Apellido Paterno, Materno y Nombre del Médico</b> _____ <b>Teléfono</b> _____												
<b>Especialidad</b> _____ <b>R.F.C.</b> _____ <b>Celular</b> _____												
<b>Cédula Profesional</b> _____ <b>No. Cédula Especialidad o Certificación</b> _____												
<b>No. Proveedor</b> _____ <b>E-Mail</b> _____												
<b>Banco</b> _____ <b>Clabe Interbancaria para Pago</b>												
<b>Presupuesto</b>												

Lugar y Fecha