

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							
Programación de cirugía Programación de Tratamiento Médico Reembolso							
Ficha de identificación							
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento						
Apellido paterno Nombre(s)							
Sexo Edad No. de Póliza	Causa de atención						
□ M □ F	☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐ Accidente						
Historia clínica (especificar tiempo de evolución)							
Antecedentes personales patológicos	Antecedentes personales no patológicos						
A white code mess personales patologicos	Authorities personales no parologicos						
Antecedentes gineco-obstétricos	Antecedentes perinatales (si es necesario)						
Padecimiento actual							
Principales signos y síntomas	Fecha de Inicio						
1 3	día mes año						
Cádica ICD Discretation(s) definition(s)	Franka dia makatika						
Código ICD Diagnóstico(s) definitivo(s)	Fecha diagnóstico						
Tipo de padecimiento							
☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico	¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento?						
Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interp	Sí No ¿Cuál?						
nesultado de exploración risica y de los estudios realizados (anexar interpi	etaciones que comminen diagnostico/						

40 20 87

		_	9Jr	lefant ooibèm lek	re y firma o	dmoN			
Гидаг у Fechа									
ozzouoz anb sozipam	sətnəbəcətns s	eol noo obreu.	da en éste, está de ac tricta responsabilidad.	irsəv nöisemrolni sə im ojad obazila	el sbot eup er ehe le here	ución de Seguros o por los estudios	ritznl sl s omro zənsilimst zuz o	Ini ofnamuzoe deste dounennento inf por la referencia del paciente c	
ofte	Presupu	nòisasifithəs	o bebilsioeqse eb slub	bilisioaqsa ab sluba D		noizeforq alubė)		bsbilsioaqs	
nòiseqisitreq	nòiseqisitneq əb oqiT		Nombre(s)			lo materno	billaqA omətsq obillaqA		
otee	of Presupuesto		o bebileisegee eb elube	90	Cédula profesional			Especialidad	
nòiseqisitheq	əb oqiT		materno Nombre(s)		o materno	oill∍qA	onseted obilledA		
(là nos stnaus is) osinò	Correo electro		Radiolocalizador		Х67		Celular	ono† <u>ələl</u>	
oţsər	Presupu	nòisasifitaas	o bebileisegee eb elub	90	ls	Cédula profesion		Especialidad	
Datos de el(los) médico(s) que participan en la intervención o como interconsultante(s) Nombre(s) Nombre(s) Tipo de participación									
oñs zem sib	einote	ludms \ siɔn	Corta estal		einalatiqeol	H []		siɔnəgrU 🗌	
Ose red ose								Tipo de estancia	
obsta		babuiD						Nombre del hospital	
								lenoizibe nòizemiofnl	
								lenoisibe nòisemoìnl	
								oN	
			cjones	ezildmoz əb nòi	Descuipo			oN □	
			səuoiz	ezildmoz əb nòi	Descripo			ON □	
			ciones	soilgmoo əb nòi	Descripc			ON □	
			səuoiz	səilqmoə əb nöi	Descuibo			ON □	
olis mes año			cjones	esilqmos əb nòi	Descripc			ON □	