

## 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			
<b>Nombre del paciente</b>			<b>Fecha de nacimiento</b>
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 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		
Principales signos y síntomas		Fecha de Inicio día mes año
Código ICD	Diagnóstico(s) definitivo(s)	Fecha 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		CPT 4. Sólo como referencia		Descripción del tratamiento		Fecha de inicio	
						día    mes    año	
Complicaciones				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No			
				Descripción de complicaciones			
Información adicional							
Nombre del hospital		Ciudad		Estado			
Tipo de estancia		<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria		Fecha de ingreso		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				
Especialidad	Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto				
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)		Tipo de participación			
Teléfono	Celular	Fax	Radio localizador	Correo electrónico (si cuenta con él)			
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				
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)		Tipo de participación			
Especialidad		Cédula profesional	Cédula de especialidad o certificación	Presupuesto			
Mediante este documento informo a la Institución de Seguros que toda la información vertida en este, está de acuerdo con los antecedentes médicos que conozco por la referencia del paciente o sus familiares o por los estudios que le he realizado bajo mi estricta responsabilidad.							
Lugar y fecha							
Nombre y firma del médico tratante							