

INFORME MÉDICO

Programación de Cirugía ☐

Tratamiento Médico ☐

Reembolso ☐

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

No. de Póliza

No. de Certificado

Edad

Sexo ☐ M ☐ F

Causas de Atención

Prevenición ☐

Embarazo ☐

Enfermedad ☐

Accidente ☐

Referido por otro Médico o Unidad

☐ No ☐ 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

Día

Mes

Año

Tipo de Padecimiento

Congénito ☐

Adquirido ☐

Agudo ☐

Crónico ☐

Con una Evolución de:

1-30 Días ☐

1-6 Meses ☐

Más de 1 Año ☐

Más de 2 Años ☐

¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?

No ☐

Si ☐

¿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

Día

Mes

Año

	Tratamiento		
Código CPT-4	Descripción del Tratamiento		
		Fecha de Inicio	
		Día	Mes
			Año
¿Hubo Complicaciones? No ☐ Si ☐	Descripción de Complicaciones:		
Observaciones			

Nombre del Hospital	Tipo de Estancia ☐ Urgencia ☐ Hospitalaria ☐ Corta Estancia/Ambulatoria	Fecha de Ingreso			Fecha de Egreso		
Ciudad		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

Datos Generales del Médico Tratante

Apellido Paterno, Materno y Nombre del Médico _____ Teléfono _____

Especialidad _____ R.F.C. _____ Celular _____

Cédula Profesional _____ No. Cédula Especialidad o Certificación _____

No. Proveedor _____ E-Mail _____

Banco _____ Clabe Interbancaria para Pago _____

Presupuesto _____

NOTA: Como Médico Tratante relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y de cualquier responsabilidad y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente Informe Médico puede invalidar toda responsabilidad de la Aseguradora con el Asegurado.

Lugar y Fecha

Firma del Médico Tratante