

INFORME MÉDICO



Programación de Cirugía <input type="checkbox"/>	Tratamiento Médico <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.	
Reembolso <input type="checkbox"/>			
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		Referido por otro Médico o Unidad	
Prevenición <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/>
		<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 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 Día Mes Año

