

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			
Nombre del paciente			Fecha de nacimiento
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		
De acuerdo a la historia clínica y a la evolución natural de la enfermedad, favor de indicar la fecha de inicio del padecimiento		Fecha de inicio
 		día mes año
Código ICD	Diagnóstico(s) definitivo(s)	Fecha de 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								
CPT4. Sólo como referencia	Descripción del tratamiento	Fecha de inicio <table border="1"> <tr> <td> día</td> <td> mes</td> <td> año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día	mes	año			
día	mes	año						
Complicaciones								
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Descripción de complicaciones							
Información adicional								

Nombre del hospital	Ciudad	Estado						
Tipo de estancia		Fecha de ingreso						
<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria		<table border="1"> <tr> <td> día</td> <td> mes</td> <td> año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día	mes	año			
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
Teléfono		Celular		Fax		Radiolocalizador
Teléfono		Celular		Fax		Correo electrónico (si cuenta con él)
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

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al paciente y conforme al conocimiento y los estudios médicos que he realizado o solicitado bajo mi responsabilidad, asimismo, por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Lugar y fecha

Nombre y firma del médico tratante