

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	Edad _____ Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F No. de Póliza _____ No. de Certificado _____
---	---

Causas de Atención Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/>	Referido por otro Médico o Unidad <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 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									
	<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Fecha de Inicio</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Fecha de Inicio			Día	Mes	Año			
Fecha de Inicio										
Día	Mes	Año								
¿Hubo Complicaciones? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Descripción de Complicaciones:									

Observaciones

Nombre del Hospital	Tipo de Estancia <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> 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