

☐ 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 ☐ F ☐ M
CAUSA DE ATENCIÓN ☐ PREVENCIÓN ☐ EMBARAZO ☐ ENFERMEDAD ☐ ACCIDENTE		REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD ☐ SI ☐ NO ¿CUÁL? _____	
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			
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO		
TIPO DE PADECIMIENTO ☐ CONGÉNITO ☐ ADQUIRIDO ☐ AGUDO ☐ CRÓNICO ¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? ☐ SI ☐ NO ¿CUÁL? _____			
RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)			

TRATAMIENTO										
CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO									
	FECHA DE INICIO DIA MES AÑO									
¿HUBO COMPLICACIONES? ☐ SI ☐ NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES									
OBSERVACIONES										
NOMBRE DEL HOSPITAL					TIPO DE ESTANCIA		FECHA DE INGRESO		FECHA DE EGRESO	
CIUDAD:					☐ URGENCIA ☐ HOSPITALARIA ☐ CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA		DIA MES AÑO		DIA MES AÑO	
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE										
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO							TELÉFONO:			
ESPECIALIDAD				R.F.C.			CELULAR:			
CÉDULA PROFESIONAL				CÉDULA DE ESPECIALIDAD Ó CERTIFICACIÓN						
NÚMERO DE PROVEEDOR				E-mail						
PRESUPUESTO										

NOTA.- 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 LE HE REALIZADO O SOLICITADO BAJO MI RESPONSABILIDAD, Y ASIMISMO POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE