

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:	(ESPACIO LIBRE)			EDAD
				SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CAUSA DE ATENCIÓN	REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD			
<input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> FECHA DE INICIO DÍA MES AÑO </div>				
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> FECHA DIAGNÓSTICO DÍA MES AÑO </div>				
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"/> SI <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD O ACCIDENTE? _____				
RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICAY DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMAN DIAGNÓSTICO)				

TRATAMIENTO				
CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO			
			FECHA DE INICIO DIA MES AÑO	
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES			
OBSERVACIONES				
NOMBRE DEL HOSPITAL CIUDAD:		TIPO DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO	FECHA DE EGRESO 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				
(ESPACIO LIBRE)				

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