

Informe médico

Ficha de identificación			
Apellidos del Paciente	Nombre(s) del Paciente	Edad	Sexo
			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Causas de Atención		Referido por otro médico	
<input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	

Historia clínica (importante especificar el tiempo de evolución)	
Antecedentes Personales Patológicos	Antecedentes Personales No Patológicos
Antecedentes Gineco-Obstétricos	Antecedentes Perinatales

Padecimiento actual		
Signos y síntomas En caso de accidente referir como, cuando y donde sucedieron los hechos.		Fecha de inicio
		Día Mes Año
Código CIE 10	Diagnóstico	Fecha de inicio
		Día Mes Año
Tipo de Padecimiento		
<input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico		
¿Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		
Estudios de laboratorio y gabinete practicados		

Informe médico

Tratamiento			
Código CPT-4	Tratamiento	Fecha de inicio	
		Día	Mes Año
Complicaciones			

Incapacidad			
Tipo de incapacidad	Fecha de inicio		Fecha de término
<input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente	Día	Mes Año	Día Mes Año
Fecha de inicio de terapias de rehabilitación			
Día Mes Año			

Hospitalización			
Nombre del hospital	Fecha y hora de ingreso		Hora Minutos
	Día	Mes Año	:
Dirección	Fecha y hora de egreso		Hora Minutos
	Día	Mes Año	:

Datos generales del médico tratante			
Apellido Paterno, Materno y Nombre			
Especialidad		R.F.C.	
Código profesional		Teléfono	
Celular		E-mail	
<p>Nota: Bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma, fue tomada directamente tanto del paciente asegurado, como del expediente clínico que obra en mi poder.</p> <p>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 o enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.</p>			

Firma del médico tratante

Lugar y Fecha