

INFORME MÉDICO

Programación de Cirugía <input type="checkbox"/> Tratamiento Médico <input type="checkbox"/> Reembolso <input type="checkbox"/>		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		No. de Póliza	No. de Certificado								
		Edad _____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F								
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								
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Día</td> <td style="width: 25%;">Mes</td> <td style="width: 25%;">Año</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Día	Mes	Año					
Día	Mes	Año									
Tipo de Padecimiento Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Con una Evolución de: 1-30 Días <input type="checkbox"/> 1-6 Meses <input type="checkbox"/> Más de 1 Año <input type="checkbox"/> Más de 2 Años <input type="checkbox"/>											
¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> ¿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								
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Día</td> <td style="width: 25%;">Mes</td> <td style="width: 25%;">Año</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Día	Mes	Año					
Día	Mes	Año									

