

Informe médico

Ficha de identificación			
Apellidos del Paciente	Nombre(s) del Paciente	Edad	Sexo
			☐ F ☐ M
Causas de Atención		Referido por otro médico	
☐ Embarazo ☐ Enfermedad ☐ Accidente		☐ Sí ☐ No ☐ ¿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		Fecha de inicio	
En caso de accidente referir como, cuando y donde sucedieron los hechos.			
		Día	Mes Año
Código CIE 10	Diagnóstico	Fecha de inicio	
		Día	Mes Año
Tipo de Padecimiento			
☐ Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico			
¿Se ha relacionado con algún otro Padecimiento, Enfermedad o Accidente?			
☐ Sí ☐ No ☐ ¿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
☐ Temporal ☐ 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	
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. 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.			

Firma del médico tratante

Lugar y Fecha