

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<br>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.<br/>2. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.<br/>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