

## Informe médico

Este formato debe ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

| Trámite  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programación de cirugía   | <input type="checkbox"/> Programación de tratamiento médico | <input type="checkbox"/> Reembolso         |  |
| Ficha de identificación  |   |  |  |
| Nombre del paciente  |   |  | Fecha de nacimiento  |
| Apellido paterno   | Apellido materno  | Nombre(s)                                  | día mes año  |
| Sexo   | Edad  | No. de Póliza                              | Causa de atención  |
| <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F  |   |  | <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente |
| Historia clínica (especificar tiempo de evolución)   |   |  |  |
| Antecedentes personales patológicos  |   | Antecedentes personales no patológicos     |  |
|  |   |  |  |
| Antecedentes gineco-obstétricos  |   | Antecedentes perinatales (si es necesario) |  |
|  |   |  |  |
| Padecimiento actual  |   |  |  |
| De acuerdo a la historia clínica y a la evolución natural de la enfermedad, favor de indicar la fecha de inicio del padecimiento |   |  | Fecha de inicio  |
|  |   |  | día mes año  |
|  |   |  |  |
| Código ICD   | Diagnóstico(s) definitivo(s)                                |  | Fecha de diagnóstico   |
|  |   |  | día mes año  |
|  |   |  |  |
| 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"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?   |
| Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)                 |   |  |  |
|  |   |  |  |

| Tratamiento  |   |                                |
|--|---|--------------------------------|
| CPT4. Sólo como referencia                                     | Descripción del tratamiento                                 | Fecha de inicio<br>día mes año |
| <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>    |   |                                |
| Complicaciones   | Descripción de complicaciones                               |                                |
| <input type="checkbox"/> Sí<br><br><input type="checkbox"/> No | <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div> |                                |
| Información adicional  |   |                                |
| <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>    |   |                                |

| Nombre del hospital   | Ciudad | Estado           |
|---|--------|------------------|
| <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>  |        |                  |
| Tipo de estancia  |        | Fecha de ingreso |
| <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria |        | día mes año      |
| <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>  |        |                  |

| Datos de el (los) médico(s) que participan en la intervención o como interconsultante(s) |                    |  |                                       |
|--|--------------------|--|---------------------------------------|
| Apellido paterno   | Apellido materno   | Nombre(s)                              | Tipo de participación                 |
| Especialidad   | Cédula profesional | Cédula de especialidad o certificación | Presupuesto                           |
| Teléfono   | Celular            | Fax                                    | Radiolocalizador                      |
|  |                    |  | Correo electrónico (si cuenta con él) |
| Apellido paterno   | Apellido materno   | Nombre(s)                              | Tipo de participación                 |
| Especialidad   | Cédula profesional | Cédula de especialidad o certificación | Presupuesto                           |
| Apellido paterno   | Apellido materno   | Nombre(s)                              | Tipo de participación                 |
| Especialidad   | Cédula profesional | Cédula de especialidad o certificación | Presupuesto                           |

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, asimismo, por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

\_\_\_\_\_

Lugar y fecha

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del médico tratante