

INFORME MÉDICO

Programación de Cirugía <input type="checkbox"/>	Tratamiento Médico <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		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="float: right; margin-right: 10px;"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</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="float: right; margin-right: 10px;"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>			Día	Mes	Año
Día	Mes	Año			

NOTA: Como Médico Tratante relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y de cualquier responsabilidad y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente Informe Médico puede invalidar toda responsabilidad de la Aseguradora con el Asesorado.

Lugar y Fecha

Firma del Médico Tratante