

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		
Principales signos y síntomas		Fecha de Inicio
 		día mes año
Código ICD	Diagnóstico(s) definitivo(s)	Fecha 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	
CPT 4. Sólo como referencia	Descripción del tratamiento
Fecha de inicio	dia mes año
Complicaciones	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
Información adicional	
Descripción de complicaciones	
Nombre del hospital	
Ciudad	
Estado	
Tipo de estancia	
<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria	
Fecha de ingreso	
dia mes año	
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
Especialidad	Cédula de especialidad o certificación
Presupuesto	
Teléfono	
Celular	
Fax	
Radiolocalizador	
Correo electrónico (si cuenta con él)	
Especialidad	Cédula profesional
Especialidad	Cédula de especialidad o certificación
Presupuesto	
Apellido paterno	
Apellido materno	
Nombre(s)	
Tipo de participación	
Especialidad	Cédula profesional
Especialidad	Cédula de especialidad o certificación
Presupuesto	
Mediante este documento informo a la Institución de Seguros que toda la información vertida en este, está de acuerdo con los antecedentes médicos que conozco por la referencia del paciente o sus familiares o por los estudios que le he realizado bajo mi estricta responsabilidad.	
Lugar y fecha	
Nombre y firma del médico tratante	

