

## INFORME MÉDICO

|  |                             |   |  |
|--|-----------------------------|---|--|
| Programación de Cirugía <input type="checkbox"/> Tratamiento Médico <input type="checkbox"/><br>Reembolso <input type="checkbox"/>   |                             | Instrucciones:<br>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, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores. |  |
| <b>Ficha de Identificación</b>   |                             |   |  |
| Apellido Paterno, Materno y Nombre del Paciente  |                             | No. de Póliza   | No. de Certificado   |
|  |                             | Edad _____  | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Causas de Atención<br>Prevención <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/>   |                             | Referido por otro Médico o Unidad<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuál? _____   |  |
| <b>Historia Clínica (Especificar tiempo de evolución)</b>  |                             |   |  |
| Antecedentes Personales Patológicos  |                             | Antecedentes Personales No Patológicos  |  |
|  |                             |   |  |
| Antecedentes Gineco-Obstétricos  |                             | Antecedentes Perinatales (Si es necesario)  |  |
|  |                             |   |  |
| <b>Padecimiento Actual</b>   |                             |   |  |
| Signos y Síntomas  |                             |   |  |
|  |                             |   |  |
|  |                             |   | Fecha de Inicio<br>Día   Mes   Año                         |
| Tipo de Padecimiento Congénito <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/><br>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? _____  |                             |   |  |
| <b>Resultado de Exploración Física y de los Estudios realizados (Anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)</b>  |                             |   |  |
| Talla  |                             |   |  |
| Peso   |                             |   |  |
| Código CIE-10  | Descripción del Diagnóstico |   |  |
|  |                             |   |  |
|  |                             |   | Fecha de Diagnóstico<br>Día   Mes   Año                    |

