

## INFORME MÉDICO

Programación de Cirugía <input type="checkbox"/> Tratamiento Médico <input type="checkbox"/> Reembolso <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.	
<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 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? _____	
<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 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? _____			
<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 Día   Mes   Año

