

## Informe médico

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA     TRATAMIENTO MÉDICO     REEMBOLSO

**INSTRUCCIONES:**

- 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.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN				
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD    SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
CAUSA DE ATENCIÓN <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE	REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO    ¿CUÁL? _____			
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)				
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS			
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)			
PADECIMIENTO ACTUAL				
<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">FECHA DE INICIO</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">DÍA    MES    AÑO</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">           </td></tr> </table>		FECHA DE INICIO	DÍA    MES    AÑO	
FECHA DE INICIO				
DÍA    MES    AÑO				
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO			
	<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">FECHA DIAGNOSTICO</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">DÍA    MES    AÑO</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">           </td></tr> </table>	FECHA DIAGNOSTICO	DÍA    MES    AÑO	
FECHA DIAGNOSTICO				
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, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO    ¿Cuál? _____				
RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)				

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_".

**TRATAMIENTO**

CÓDIGO CPT-4.	DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO									
	<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <td align="center" colspan="3">FECHA DE INICIO</td> </tr> <tr> <td align="center">DÍA</td> <td align="center">MES</td> <td align="center">AÑO</td> </tr> <tr> <td align="center"> </td> <td align="center"> </td> <td align="center"> </td> </tr> </table>	FECHA DE INICIO			DÍA	MES	AÑO			
FECHA DE INICIO										
DÍA	MES	AÑO								

¿HUBO COMPLICACIONES?	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES
<input type="checkbox"/> SÍ  <input type="checkbox"/> NO	

OBSERVACIONES

NOMBRE DEL HOSPITAL	TIPO DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO
CIUDAD:		DÍA    MES    AÑO	DÍA    MES    AÑO

**DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE**

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_ R.F.C. \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
 CÉDULA PROFESIONAL \_\_\_\_\_ CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE PROVEEDOR \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

PRESUPUESTO

NOTA: 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, Y ASIMISMO POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.

\_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE