

Sección II

Informe Médico

Para ser llenado por el médico responsable de la atención médica

Nombre del Paciente _____

Fecha Accidente _____	Hora _____
día / mes / año	
Fecha 1a. Consulta _____	Hora _____
día / mes / año	

Mecanismo del Accidente _____

Descripción de las lesiones _____

Diagnóstico _____

Tratamiento _____

--

Fecha de término _____
día / mes / año

Información Adicional Si hubo necesidad de placas radiográficas señalar cantidad _____

Número de Consultas: _____

Medicamentos: _____

Nombre y Firma del Doctor responsable _____

R.F.C. _____ Cédula Profesional: _____

Dirección: _____

Fecha: _____	Teléfono _____
día / mes / año	

Responsable del paciente, Nombre y Firma _____

Fecha _____	Teléfono _____
día / mes / año	