

INFORME MÉDICO



Programación de Cirugía <input type="checkbox"/>	Tratamiento Médico <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.													
Reembolso <input type="checkbox"/>															
Ficha de Identificación															
Apellido Paterno, Materno y Nombre del Paciente		Edad _____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F												
		No. de Póliza _____	No. de Certificado _____												
Causas de Atención		Referido por otro Médico o Unidad													
Prevenición <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/>												
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuál? _____													
Historia Clínica (Especificar tiempo de evolución)															
Antecedentes Personales Patológicos		Antecedentes Personales No Patológicos													
Antecedentes Gineco-Obstétricos		Antecedentes Perinatales (Si es necesario)													
Padecimiento Actual															
Signos y Síntomas															
<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">Fecha de Inicio</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Día</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Mes</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Año</td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>				Fecha de Inicio				Día	Mes	Año					
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: I-30 Días <input type="checkbox"/> I-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? _____															
Resultado de Exploración Física y de los Estudios realizados (Anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)															
Talla															
Peso															
Código CIE-10	Descripción del Diagnóstico														
<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">Fecha de Diagnóstico</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Día</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Mes</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>				Fecha de Diagnóstico			Día	Mes	Año						
Fecha de Diagnóstico															
Día	Mes	Año													

