

FIM
INFORME MÉDICO

LOGOTIPO

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA TRATAMIENTO MÉDICO REEMBOLSO

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.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:	(ESPACIO LIBRE)	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"/> SI <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			
PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS			
			FECHA DE INICIO DIA MES AÑO
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO		
			FECHA DIAGNÓSTICO DIA 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"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? _____			
RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)			

TRATAMIENTO			
CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO		
FECHA DE INICIO DIA MES AÑO			
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES		
OBSERVACIONES			
NOMBRE DEL HOSPITAL	TIPO DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO	FECHA DE EGRESO DIA MES AÑO
CIUDAD:			
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO _____		TELÉFONO: _____	
ESPECIALIDAD _____	R.F.C. _____	CELULAR: _____	
CÉDULA PROFESIONAL _____	CÉDULA DE ESPECIALIDAD Ó CERTIFICACIÓN _____		
NÚMERO DE PROVEEDOR _____	E-mail _____		
PRESUPUESTO			
(ESPACIO LIBRE)			

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

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE