

Logotipo

FECHA DE SOLICITUD

--	--	--

**INFORME MÉDICO****DEBE SER LLENADO POR EL MEDICO TRATANTE**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	No. de Póliza
Edad	Sexo H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Causa de Reclamación Preventivo <input type="checkbox"/> Correctivo (Accidente o enfermedad) <input type="checkbox"/>		Solicitud de Exámenes Preventivos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Antecedentes Personales Patológicos

**PADECIMIENTO ACTUAL ( En caso de accidente o enfermedad )**

Principales Signos y Síntomas

  
 DIA MES AÑO  
 Fecha de Inicio

Estudios que se recomienda practicar

  
 DIA MES AÑO  
 Fecha de Inicio
Tipo de Padecimiento:  Congénito  Adquirido  Agudo  Crónico¿Se le ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente?  SI  NO

¿Cuál?

Resultado de exploración física y de los estudios realizados

Estudios que se recomienda practicar

  
 DIA MES AÑO  
 Fecha de Inicio

Observaciones Generales

**DATOS GENERALES DEL MEDICO TRATANTE**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre	Teléfono
Especialidad		R.F.C.		Celular	
Cédula de Especialidad ó Certificación				E-mail	
No. de Proveedor					

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 he realizado solicitado bajo mi responsabilidad, asimismo por las referencias del propio paciente o de sus familiares.

Lugar y Fecha

Firma del Médico Tratante