

Informe Médico

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.

| Trámite | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programación de cirugía | <input type="checkbox"/> Programación de Tratamiento Médico | <input type="checkbox"/> Reembolso | |
| Ficha de identificación | | | |
| Nombre del paciente | | | Fecha de nacimiento |
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) | día mes año |
| Sexo | Edad | No. de Póliza | Causa de atención |
| <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente |
| 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 |
| | | | día mes año |
| Código ICD | Diagnóstico(s) definitivo(s) | Fecha diagnóstico | |
| | | 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? | |
| | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____ | |
| Resultado de exploración física y de los estudios realizados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico) | | | |
| | | | |

| Tratamiento | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| CPT 4 | Descripción del tratamiento | Fecha de inicio día mes año |
| | | |
| Complicaciones | Descripción de complicaciones | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Observaciones | | |
| | | |

| Nombre del hospital | Ciudad | Estado |
|---|--------|---------------------------------|
| | | |
| Tipo de estancia | | Fecha de ingreso día mes año |
| <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalaria <input type="checkbox"/> Corta estancia / ambulatoria | | |

| Datos de el(los) médico(s) que participan en la intervención o como interconsultante(s) | | | |
|---|--------------------|--|-----------------------|
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) | Tipo de participación |
| Especialidad | Cédula profesional | Cédula de especialidad o certificación | Presupuesto |
| Teléfono | Celular | Fax | Radiolocalizador |
| | | | Correo electrónico |
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) | Tipo de participación |
| Especialidad | Cédula profesional | Cédula de especialidad o certificación | Presupuesto |
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) | Tipo de participación |
| Especialidad | Cédula profesional | Cédula de especialidad o certificación | Presupuesto |

Mediante este documento informo a la Institución de Seguros que toda la información vertida en éste, está de acuerdo con los antecedentes médicos que conozco por la referencia del paciente o sus familiares o por los estudios que le he realizado bajo mi estricta responsabilidad.

Nombre y firma del médico tratante

Lugar y Fecha

