

Informe médico

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, MATERO Y NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD	SEXO
			<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
CAUSA DE ATENCIÓN	REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD		
<input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE	<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 DÍA MES AÑO

CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO	FECHA DIAGNÓSTICO DÍA MES AÑO

TIPO DE PADECIMIENTO CONGÉNITO ADQUIRIDO AGUDO CRÓNICO

¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? Sí No ¿Cuál?

RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMAN DIAGNÓSTICO)

TRATAMIENTO

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

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

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE