


☐ 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			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> FECHA DE INICIO DÍA MES AÑO </div>			
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> FECHA DIAGNÓSTICO DÍA MES AÑO </div>			
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 CONFIRMAN 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		FECHA DE INGRESO		FECHA DE EGRESO	
					<input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA		DIA MES AÑO		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

