

Tipo de Informe

Programación de cirugía o tratamiento médico	<input checked="" type="checkbox"/>	Reembolso	<input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	-----------	--------------------------

Instrucciones

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 ni enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Datos del Paciente

Apellido paterno:	PEREZ	Apellido materno:	PEREZ	Nombre(s):	LARISA
Edad:	16	Sexo:	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):	28/09/2005
				No. de Póliza:	6836204
Ocupación: ESTUDIANTE					

Tipo de Reclamación

Accidentes Personales Escolar	<input type="checkbox"/>	Accidente Personal	<input type="checkbox"/>
Referido por otro médico o unidad	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	ALEJANDOR GARCIA PULIDO
Antecedentes personales patológicos con fecha de inicio NIEGA ALERGICOS, TRANSFUSIONAES, CRONICO DEGENERATIVOS	Antecedentes gineco-obstétricos MENARCA A LOS 12 AÑOS CICLOS REGULARES FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: 11.11.21		
Antecedentes personales no patológicos OCUPACION: ESTUDIANTE ALIMENTACIÓN ADECUADA EN CANTIDAD Y CALIDAD	Antecedentes perinatales INTERROGADOS Y NEGADOS		

Antecedentes Patológicos Traumáticos

Rodilla <input type="checkbox"/>	Tobillo <input type="checkbox"/>	Columna <input type="checkbox"/>	Fracturas <input type="checkbox"/>
Otros (especificar):			
Diagnósticos, tratamiento y fechas:			

Padecimiento Actual

Fecha de inicio (DD/MM/AAAA): 20/07/2021	Fecha de primera consulta (DD/MM/AAAA): 23/11/2021	Fecha de diagnóstico (DD/MM/AAAA): 23/11/2021
Principales signos y síntomas: DOLOR EN LA REGION INTERGLUTEA CON SALIDA DE MATERIAL PURULENTO		
No. de consultas auxiliares subsecuentes:	Fecha primeros estudios (DD/MM/AAAA): 22/11/2021	
Código CIE-10:	Descripción del diagnóstico ENFERMEDAD PILONIDAL	
Descripción del tratamiento y/o intervención quirúrgica: ABLACION LASER DE MATRIZ PILONIDAL		
Fecha de IQ (DD/MM/AAAA):		