**DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE.**

NOMBRE:

SEXO:

EDAD:

NSS:

NSS:

Núm. de Expediente:

**UNIDAD (ES) MÉDICA (S) INVOLUCRADA(S).**

HOSPITAL GENERAL DE ZONA (HGZ)

HOSPITAL GENERAL REGIONAL (HGR)

**FECHAS RELEVANTES**

Ingreso

Egreso

Intervenciones

**PADECIMIENTO ACTUAL/EXPLICACIÓN DEL PADECIMIENTO:**

**OPINIÓN MÉDICA.**

**BIBLIOGRAFÍA**

**REVISIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA O NORMAS OFICIALES MEXICANAS APLICABLES.**

Médico que emite la opinión

Especialidad

Cédula Profesional

Cédula Especialidad