

# Informe médico

FMI

☐ 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

Nombre del paciente

Sexo

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Edad

F M

Causa de atención

Referido por otro médico o unidad

☐ Prevención

☐ Embarazo

☐ Enfermedad

☐ Accidente

☐ Sí

☐ No

¿Cuál?

## Historia clínica (especificar tiempo de evolución)

Antecedentes personales patológicos

Antecedentes personales no patológicos

## 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 confirmen diagnóstico)