

INFORME MEDICO

Para ser llenado por el Médico responsable de la atención médica

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA	
Nombre del paciente	
No. De Póliza Edad:	Sexo: F : () M: () OCUPACIÓN:
	DATOS DEL ACCIDENTE
Fecha del Accidente: día / mes / año	Hora:
Fecha 1er. Consulta: día / mes / año	Hora:
Mecanismo de Lesión	Diagnóstico
Description de la classica de	Turkouilanka
Descripción de las Lesiones	Tratamiento
Hallazgos	
	Fecha calculada de término del Tratamiento:
Descrpción de estudios de gabinete y análisis clínicos que ANEXAR INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE IMAGENOLO	confirman el diagnóstico:
Costo del tratamiento completo Servicios:	Honorarios Médicos:
	INCAPACIDAD
Mencione si el naciente nor su lesión requiere de incanacidad t	emporal o definitiva:
Mencione a partir de que fecha se inicia el periodo de incapacio	aad y en que recha se integrara a sus actividades habituales:
Lugar y Fecha:	
Médico Tratante	Responsable del paciente
FIRMA	FIRMA
Nombre:	Nombre:
RFC:	No. De IFE
Cédula Profesional:	Teléfonos:
Cédula Especialidad:	Fecha:
Teléfonos:	día / mes / año CODIGO IM201305