



NO. SINISTRO _____
NO. TRÁMITE _____

☐ 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:		DATOS FÍSICOS GENERALES	TA	PESO	TALLA	EDAD
						SEXO ☐ F ☐ M
CAUSA DE ATENCIÓN ☐ PREVENCIÓN ☐ EMBARAZO ☐ ENFERMEDAD ☐ ACCIDENTE		REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD ☐ SI ☐ 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						
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? ☐ SI ☐ 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 DÍAMESANO								
¿HUBO COMPLICACIONES? ☐ SI ☐ NO		DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES								
OBSERVACIONES										
NOMBRE DEL HOSPITAL					TIPO DE ESTANCIA		FECHA DE INGRESO		FECHA DE EGRESO	
CIUDAD:					☐ URGENCIA ☐ HOSPITALARIA ☐ CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA		DÍAMESANO		DÍAMESANO	
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE										
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO					TELÉFONO:					
ESPECIALIDAD					R.F.C.		CELULAR:			
CÉDULA PROFESIONAL					CÉDULA DE ESPECIALIDAD CERTIFICACIÓN					
NÚMERO DE PROVEEDOR					E-mail					
TIPO DE PADECIMIENTO										
EN CASO DE SER PADECIMIENTO ADQUIRIDO, INDIQUE LA EVOLUCIÓN		DE 1 A 30 DÍAS MÁS DE UN AÑO ☐		DE 1 A 3 MESES MÁS DE DOS AÑOS ☐		¿CUÁNTOS?_____		DE 6 A 12 MESES ☐		
LA ENFERMEDAD O LESIÓN OCASIONÓ INCAPACIDAD		SI ☐ NO ☐		PARCIAL ☐ TOTAL ☐		DESDE		HASTA		
¿CONTINUARÁ RECIBIENDO TRATAMIENTO EN EL FUTURO?		SI ☐ NO ☐		EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE						
EVENTO PROGRAMADO (Por favor contestar los siguientes datos en caso de que se requiera programar un evento para su paciente)										
NOMBRE DEL HOSPITAL			FECHA DE INGRESO		DÍA		MES		AÑO	
PRESUPUESTO EQUIPO MÉDICO O QUIRÚRGICO			CIRUJANO NOMBRE		ANESTESIÓLOGO NOMBRE		AYUDANTE NOMBRE		OTRO ESPECIFIQUE	
\$			\$		\$		\$			
FECHA DE ATENCIÓN DE PACIENTE			DÍA		MES		AÑO			

NOTA: Como Médico tratante relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y de cualquier responsabilidad y hago constar que la inexacta o falsa declaración en el presente informe médico puede invalidar toda responsabilidad de la Aseguradora con el asegurado.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE