La Latino Seguros

# FIM

# INFORME MÉDICO

☐ 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: | | 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
DIA | MES | AÑO

| CÓDIGO CIE-10 | DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO |
|---|---|
| | |

FECHA DIAGNÓSTICO
DIA | 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 CONFIRMEN DIAGNÓSTICO)

## TRATAMIENTO

| CÓDIGO CPT-4 | DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO |
|---|---|
| | FECHA DE INICIO (DIA / MES / AÑO) |

| ¿HUBO COMPLICACIONES? | DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES |
|---|---|
| ☐ SI ☐ NO | |

OBSERVACIONES

| **NOMBRE DEL HOSPITAL** | **TIPO DE ESTANCIA** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE EGRESO** |
|---|---|---|---|
| **CIUDAD:** | ☐ URGENCIA<br>☐ HOSPITALARIA<br>☐ CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA | DIA MES AÑO | DIA MES AÑO |

## DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO _____ TELÉFONO: _____

ESPECIALIDAD _____ R.F.C. _____ CELULAR: _____

CÉDULA PROFESIONAL _____ CÉDULA DE ESPECIALIDAD Ó CERTIFICACIÓN _____

NÚMERO DE PROVEEDOR _____ E-mail _____

PRESUPUESTO

NOTA.- LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN MÉDICA QUE HE BRINDADO AL PACIENTE Y CONFORME AL CONOCIMIENTO Y LOS ESTUDIOS MÉDICOS QUE LE HE REALIZADO O SOLICITADO BAJO MI RESPONSABILIDAD, Y ASIMISMO POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.

**LUGAR Y FECHA**

**FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE**