



PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA TRATAMIENTO MEDICO

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.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD
MOTIVO DE ATENCIÓN	REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 DE DIAGNÓSTICO
		DIA MES AÑO

TIPO DE PADECIMIENTO

¿ SE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO

ENFERMEDAD O ACCIDENTE ? SI NO ¿ CUAL ? _____

RESULTADO DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMAN EL DIAGNÓSTICO)

--

TRATAMIENTO

CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO									
	<table border="1" style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center; padding: 2px;">FECHA DE INICIO</th> </tr> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center; padding: 2px;">DIA</td> <td style="width: 30%; text-align: center; padding: 2px;">MES</td> <td style="width: 30%; text-align: center; padding: 2px;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	FECHA DE INICIO			DIA	MES	AÑO			
FECHA DE INICIO										
DIA	MES	AÑO								

¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES
--	-------------------------------

OBSERVACIONES :

NOMBRE DEL HOSPITAL	ESTANCIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA/AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO 	FECHA DE EGRESO DIA MES AÑO
DIRECCIÓN DEL HOSPITAL			

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	
E-MAIL		

COMENTARIOS ADICIONALES

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