

INFORME MÉDICO

ATENCIÓN
MÉDICA

PAGO
DIRECTO

REEMBOLSO



INSTRUCCIONES:

- 1.- Este formato debe ser llenado con letra de molde, legible y firmado autográficamente por el médico tratante.
- 2.- Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
- 3.- Este documento no será válido con tachaduras o enmendaduras, y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

DMM-IM-04

FICHA DE IDENTIFICACIÓN			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD	SEXO FEM MASC
CAUSA DE ATENCIÓN		REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD	
ENFERMEDAD	ACCIDENTE	EMBARAZO	PREVENCIÓN
		SI	NO CUAL?
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)			
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (INCLUIR FECHAS) <small>DESCRIBA DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS RECIBIDOS.</small>		ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS	
ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS		ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)	
PADECIMIENTO ACTUAL			
			FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS dd / mm / aaaa
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO (DIAGNÓSTICO DEFINITIVO)		
			FECHA DE DIAGNÓSTICO dd / mm / aaaa
TIPO DE PADECIMIENTO			
CONGÉNITO		ADQUIRIDO	AGUDO CRÓNICO
¿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 CONFIRMEN EL DIAGNÓSTICO)			

