

# GUIA DE LLENADO PARA EL MEDICO TRATANTE

## FIM FORMATO DE INFORME MÉDICO

### Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra de molde.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

FECHA Día Mes Año

Fecha y lugar de llenado.

CONTRATANTE [Indicar nombre de la escuela]

LUGAR

Indicar datos personales del paciente. (alumna o alumno).

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) del Asegurado Afectado (Paciente)

Edad Sexo F  M  No. de Póliza Certificado [Indicar número de cuenta]

### TIPO DE EVENTO

Accidente  Enfermedad  Embarazo

### HISTORIA CLÍNICA

(Favor de especificar fecha de inicio de patologías y/o de realización de cirugía así como tiempo de evolución)

APP- Antecedentes Personales Patológicos  
Favor de especificar fecha de inicio ó tiempo con el padecimiento

- Cardiacos \_\_\_\_\_
- Hipertensivos \_\_\_\_\_
- Diabetes Mellitus \_\_\_\_\_
- VIH / SIDA \_\_\_\_\_
- Cáncer \_\_\_\_\_
- Hepáticos \_\_\_\_\_
- Convulsivos \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

APNP- Antecedentes Personales No Patológicos

- Fuma? (especificar cantidad) \_\_\_\_\_
- Consume bebidas alcohólicas? (especificar tipo y cantidad) \_\_\_\_\_
- Consume o ha consumido algún tipo de Drogas? (especificar tipo y cantidad) \_\_\_\_\_
- Pérdida no intencional de peso? (describir) \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

Cirugías:

AQ - Antecedentes Quirúrgicos

AP - Atención Perinatales (si es necesario)

### PA-PADECIMIENTO ACTUAL

Fecha de primeros síntomas del padecimiento Día Mes Año Favor de especificar evolución y estado actual del padecimiento:

Fecha de 1era consulta por este padecimiento Día Mes Año

Fecha de diagnóstico de este padecimiento Día Mes Año

### DIAGNÓSTICO (S)

1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

### TIPO DE PADECIMIENTO

Congénito  Agudo  Adquirido  Crónico

Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Tiene relación con otro padecimiento?  Si  No Cuál? \_\_\_\_\_

El padecimiento ocasionó incapacidad?  Si  No  Parcial  Total

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Es importante indicar con la mayor exactitud el historial clínico del paciente.

Estos datos son indispensables para él trámite. Indicar con la mayor precisión los datos requeridos.

Marcar X, en la opción que corresponda.

Indicar el tratamiento quirúrgico / médico realizado con el mayor detalle posible, sin la omisión de información.

Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Favor de especificar _____		
EF -Exploración Física y Resultados de estudios relevantes realizados (favor de anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)		
_____		
_____		
Talla		
Peso		
<b>TRATAMIENTO</b>		
Favor de indicar: <input type="radio"/> Programación de tratamiento <input type="radio"/> Descripción de tratamiento ya realizado		
<input type="radio"/> Tratamiento Quirúrgico (favor de especificar procedimiento realizado y tiempo quirúrgico)		
<input type="radio"/> Tratamiento Médico (favor de describir tratamiento, dosificación y fecha de inicio)		
Descripción		
_____		
_____		
Hubo complicaciones? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Favor de describir complicaciones: _____		
_____		
_____		
Nombre del Hospital		Fecha de Ingreso
Ciudad		Día   Mes   Año
Tipo de estancia <input type="radio"/> Urgencia <input type="radio"/> Hospitalización <input type="radio"/> Corta Estancia/Ambulatoria		Fecha de Egreso
		Día   Mes   Año
<b>DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE</b>		
Apellido Paterno		No. de Proveedor
Apellido Materno		
Nombre (s)		
RFC		Especialidad
Cédula Profesional		Cédula de la Especialidad / Certificación
E-mail		Teléfono (s) para contactos, favor de incluir LADA
<b>En caso de programar un tratamiento favor de indicar nombre(s) y especialidad del (os) Médico(s) que participa(n) y su presupuesto de Honorarios:</b>		
Anestesiólogo _____		
Primer Ayudante _____		
Segundo Ayudante _____		
Otro(s) Médico(s) _____		

Datos requeridos en caso de hospitalización.

Indicar datos personales del médico tratante.

[Nombre Completo y firma del médico]

Nombre y Firma del Médico Tratante