

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"/> Sí <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		
TRATAMIENTO		
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"/> Sí <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
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE		
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
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:		
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